Nr. 38 19. września 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. S. STERLING-OKUNIEWSKI Warszawa.
i Dr. J. WĘGIERKO, st. asystent.

Podstawowa przemiana materji a choroby nerek.

(Z II Kliniki chor. wewn. Uniwer. Warsz. Dyrektor: Prof. Dr. A. Głuziński).

W chorobach nerek istnieje szereg objawów, które świadczą o wybitnej roli układu wegetatywnego oraz gruczołów dokrewnych. Wystarczy przytoczyć choćby fakt, że prawie zawsze w chorobach nerek istnieje zajęcie układu krwionośnego, pozostającego jak wiadomo, pod kontrolą układu wegetatywnego oraz gruczołów dokrewnych. Znany jest również ścisły związek pomiędzy czynnością nadnerczy a ciśnieniem tętniczem. Dalej w występowaniu obrzęków, czyli w nieprawidłowem rozmieszczaniu cieczy ustrojowej, poważne znaczenie ma układ dokrewno-wegetatywny.

Ponieważ w pewnych postaciach nerczycy *(nephrosis)* podawanie wyciągu gruczołu tarczowego prowadzi często do szybkiego znikania obrzęków, przeto należy przypuszczać, że mamy w tych razach do czynienia z upośledzonem spalaniem. Naodwrót w innych cierpieniach nerek, a mianowicie w postaciach t. zw. azotemicznych, spostrzega się nieraz szybko postępujące wyniszczenie chorego, co nasuwa przypuszczenie, że mamy tu raczej do czynienia ze wzmożonemi procesami spalania.

Na podstawie tego, co powiedziano, możnaby przypuszczać, że w przebiegu chorób nerek powstają jakieś ciała, które albo wywierają na tarczycę wpływ bezpośredni, lub też za pośrednictwem innych gruczołów pośrednich, albo — co nie jest wyłączone — mogą działać wprost na tkanki ustrojowe, osłabiając lub pobudzając w ten sposób ich czynność życiową, a więc ich procesy spalania.

Chociaż wynika z tego, że udział nerek w sprawach spalania jest niezawodny, to jednak musimy zadać sobie pytanie, czy wzmożone lub osłabione spalanie w ustroju nie jest wynikiem najrozmaitszych czynności wielu poszczególnych narządów i układów, a wtedy nasuną się nam pewne trudności w ocenianiu istotnej roli nerek w procesach spalania. Nie będziemy bowiem w stanie powiedzieć, że nieprawidłowo odbywające się spalanie zależy wyłącznie od schorzenia nerek, czy też po części także od zmian wtórnych, powstałych na tle tego cierpienia. Pouczający przykład tego rodzaju podaje nam Grafe, który u chorego na nerki z wybitną azotemją, wynoszącą 788 mgr., a więc z niewątpliwie uszkodzonemi nerkami, stwierdził niezwiększoną ogólną przemianę materji. Chory ten wykazywał również znaczną niedokrwistość, a więc należy sądzić, że właśnie ów współcześnie istniejący stan niedokrwistości miał wpływ decydujący na wynik badania. Podobnych trudności przy wysnuwaniu wniosków, dotyczących zachowania się przemiany materji w chorobach nerek, jest bardzo wiele, gdyż cierpienia te istotnie prowadzą następczo do rozmaitych powikłań, tak, iż nieraz nie jesteśmy nawet w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy dany objaw jest powikłaniem, czy też przyczyną zmiany anatomicznej i czynnościowej nerek.

Pomijając już trudności wykazania wpływu zmienionych chorobowo nerek na ogólną przemianę materji, należy podkreślić, że nawet w doświadczeniach, przedsięwziętych w celu wykazania udziału zdrowych nerek w procesie spalania, nie otrzymano wyników jednolitych. Podczas gdy badacze angielscy, jak np. Barcroft i Brodie wykazali, że udział nerek w ogólnej przemianie materji wynosi u psa i szczura mniej więcej, 7.1—8.2% podczas zupełnego spokoju i naczczo, a po podaniu mocznika, tiosiarczanu sodu lub florydzyny wzmaga przemianę materji o 21%, to niemiecki badacz Tange doszedł do wniosku, że w sprawach spalania nerki nie odgrywają prawie żadnej roli i stara się udowodnić, że po ich usunięciu spalanie w ustroju nie zmniejsza się wyraźnie. Z badań doświadczalnych należy podkreślić spostrzeżenia Cserny'ego i Kelmena, którzy stwierdzili, że przez lekkie uszkodzenie nerek metalami ciężkiemi występuje na razie wzmożona praca nerek, a dopiero po silniejszem uszkodzeniu doprowadzającem do zupełnego bezmoczu, występuje nieznaczne zmniejszenie zapotrzebowanego tlenu. Ciekawe są dalsze spostrzeżenia tych autorów, które wykazują, że po uciśnięciu na pewien czas naczynia nerkowego i przywróceniu na nowo prawidłowego krążenia występuje wybitne wzmożenie ogólnej przemiany materji. Autorzy ci fakt ten tłumaczą w ten sposób, że w uszkodzonych nerkach wytworzyły się ciała szkodliwe, które po przedostaniu się do krwiobiegu wzmogły spalanie. Wykazano również (La Franca), że podczas śpiączki mocznicowej u psa, wywołanej obustronnem wycięciem nerek, przemiana materji wzmaga się o 30%.

Co się tyczy badań klinicznych nad ogólną przemianą materji w chorobach nerek, to jest ich podobnie jak badań doświadczalnych, niewiele. Haunover jeszcze w roku 1878 wykazał u chorego z marskością nerek pewne zwiększenie zapotrzebowania ciepłostek (zamiast 0,137 ciepł. na kg. i minutę — 0,142 ciepł.). Z prac późniejszych należy wymienić badania S. C. Aub'a, Du bois'a, którzy stwierdzili na 10 zbadanych przypadków ciężkiego zapalenia nerek, w 5-iu prawidłową przemianę materji, w 3-ch wzmożoną o 30%, w pozostałych nieco obniżoną. U wszystkich wymienionych chorych określano równocześnie ciśnienie krwi, napięcie CO_2 w pęcherzykach płucnych oraz wykonywano próby sprawności nerek, szukano bowiem w ten sposób pewnej zależności pomiędzy jednym z tych objawów, a zachowaniem się przemiany materji. Okazało się, że jedynie w przypadkach, w których ciśnienie krwi wynosiło co najmniej 175 mm Hg, następuje wzmożenie procesów spalania. Należy dodać, że badania powyższe nie były zupełnie ścisłe, albowiem większość zbadanych chorych wykazywała znaczne obrzęki (o znaczeniu obrzęków w powyższych badaniach patrz niżej). Dalej Grafe w badaniach swych wykazał, że u chorych z wyraźną mocznicą nie stwierdza się żadnych zaburzeń w zapotrzebowaniu ciepłostek. Autor ten na zasadzie własnych i cudzych spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że u chorych na nerki ogólna przemiana materji (procesy spalania) zazwyczaj jest prawidłowa. Wzmożona przemiana materji występuje tylko w tych przypadkach, w których mamy do czynienia ze wzmożonem ciśnieniem tętniczem krwi.

Jak widać z tego zachowanie się przemiany materji w chorobach nerek nie jest jeszcze dostatecznie ustalone. Przyczyną tego są niezawodnie trudności o których wspominaliśmy wyżej. Dlatego też badania nasze podjęliśmy w celu wyjaśnienia: 1) czy w postaciach chloremicznych schorzenia nerek (nefrozach) i innych mamy istotnie do czynienia z osłabionemi procesami spalania, t. j. czy zaznaczają się tu jakieś wyraźniejsze różnice w stosunku do innych schorzeń nerkowych, a więc czy można w tych przypadkach mówić o pewnem upośledzeniu gruczołu tarczowego, 2) czy w cierpieniach nerek, w których jednocześnie występuje wzmożone ciśnienie krwi oraz azotemja, daje się zauważyć wzmożenie procesów spalania, a więc wzmożona czynność gruczołu tarczowego, wreszcie 3) czy w stanach chorobowych t. zw. *„hypertensio essentialis"* przemiana materji zachowuje się podobnie, jak w cierpieniach nerek ze wzmożonem ciśnieniem.

To ostatnie zagadnienie posiada dla nas tem większą wagę, iż ostatnio Haendel oraz Mannaberg starają się udowodnić, że zapomocą określania podstawowej przemiany materji można odróżniać *„hypertensio essentialis"* od wzmożonego ciśnienia krwi, powstałego na tle schorzenia nerek. Według tych autorów jedynie tylko w *„hypertensio essentialis"* występuje wzmożone spalanie, podczas gdy w innych stanach chorobowych, prowadzących wtórnie do wzmożonego ciśnienia tętniczego, objawu tego nie spotyka się zupełnie. O ile więc te spostrzeżenia autorów niemieckich okazałyby się trafne, zyskanoby przy pomocy określania podstawowej przemiany materji nie tylko ważny środek rozpoznawczy, ale także pewną wskazówkę co do postepowania leczniczego (leczenie preparatami jodowemi i t. p.).

W badaniach swych określaliśmy podstawową przemianę materji *(metabolisme basale)* zapomocą przyrządu Krogha. Nie wdając się tu ani w szczegóły istoty podstawowej przemiany materji, ani urządzenia przyrządu Krogha, zaznaczamy jedynie, że podstawową przemianą materji nazywamy najmniejsze zużytkowanie ciepłostek przez ustrój, potrzebne do podtrzymania jego istnienia. Podstawową przemianę materji określa się zatem na czczo i w zupełnym spokoju, aby wykazać jedynie ilość ciepłostek potrzebną ustrojowi do podtrzymania najważniejszych jego czynności (oddychanie, krążenie cieczy, napięcie mięśniowe i t. d.).

Przyrząd Krogha, którego dokładny opis znaleźć można w pracy samego Krogha (Wien. Klin. Woch. Nr. 13 rok 1922) oraz w pracy Z. Szczepańskiego (Pol. Gaz. Lek. Nr. 11, rok 1926), jest urządzony w ten sposób, że pozwala jedynie na określanie zużytego tlenu, wydychany bowiem dwutlenek węgla zostaje pochłonięty przez wapno sodowe. Wobec tego nie możemy określić współczynnika oddechowego, według którego należałoby sadzić o wartości ciepłostkowej jednostki zużytego tlenu. Postępujemy jednak w ten

TABLICA I

L. p.	Imię i nazwisko wiek	Białko w moczu	Osad	Mocznik w surowicy według Iwona	Azot resztkowy w surowicy	Ciśnienie krwi	Podst. przemiana materji	Uwagi
1	Aron En. l. 17	7‰		0,21‰	—	110,60	—28,1%	
2	Józef Ka. l. 47	5%	liczne wałeczki ziarniste, pojedyncze leukocyty, brak krwinek	0,32‰	—	115/65	—32,2%	przypadki cheoremiczne (nefrozy)
3	Leszek Ot. l. 17	6%		0,18‰	—	108,56	— 11,8% (norma)	
4	Józef Chu. l. 30	ślady	wałeczki szkliste nieliczne ziarniste	—	0,8‰	120,60	+16,4% (norma)	
5	Walenty Sier. l. 43	„	„	—	0,9‰	215/90	+44%	
6	Bazyli Hesz. l 44	„	„	—	0,71‰	185,63	+30%	
7	Stanisław An. l. 46	„	„	0,84‰	—	170/61	+37%	
8	Karol Wod. l. 58	„	wałeczki szkliste nieliczne ziarniste pojedyncze krwinki	—	0,69‰	168/65	+26%	
9	Stefania Rze. l. 46	4,5‰	wałeczki ziarniste dość liczne szkliste, krwinki czerwone	—	0,71‰	180/70	+19%	
10	Golda Bug. l. 62	2,0‰	liczne wałeczki szkliste i ziarniste	—	0,76‰	220/105	+29%	
11	Jan Wierzb. l 54	ślady	pojedyncze wałeczki ziarniste	0,96‰	—	210/93	+48%	
12	Zdzisław St. l. 55	2,5‰	pojedyncze wałeczki ziarniste liczne krwinki		0,96‰	230/107	+4% (norma)	przypadki azotemiczne
13	Feliks Pias. l. 32	2,0‰	pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste	0,85‰	—	195/76	+23%	
14	Antoni Bol. l. 42	1‰	„	—	0,62‰	210/103	+53%	
15	Jan Kot. l. 56	1,8‰	„	—	0,98‰	215/96	+3% (norma)	
16	Ida Blum. l. 36	ślady	„	—	0,71‰	178/70	+7% (norma)	
17	Dawid Za. l. 26	„	„	—	1,21‰	208,91	—8% (norma)	
18	Roman Fog. l. 41	„	„	—	0,81‰	170/60	+42%	
19	Ida St. l. 56	2,3‰	„	—	0,62‰	160/56	+38%	
20	Aron Sz. l. 36	1%	„	—	0,51‰	172/64	+47%	
21	Wacław Leś l. 40	ślady	pojedyncze krwinki	—	0,21‰	118/52	—2% (norma)	
22	Dawid L. l. 36	„	„	0,36‰	—	120/64	+4% (norma)	
23	Marja F. l. 29	„	„	0,31‰	—	101/51	+12% (norma)	nerki zastoinowe
24	Klaudja J. l. 36	„	wałeczki ziarniste pojed. krwinki	—	0,28‰	98/52	— 8% (norma)	
25	Paulinn Sz. l 42	„	„	—	0,32‰	108/56	—10% (norma)	

sposób, że badany pozostaje dwa — trzy dni na pożywieniu bez — lub małobiałkowem z pewnem ograniczeniem tłuszczu a znaczną przewagą węglowodanów i w ten sposób jego współczynnik oddechowy musi się zbliżać do jedności (0,8—0,9), a wówczas na jeden litr tlenu przypada 4,9 ciepłostek.

Węgierko w pracy nad zachowaniem się podstawowej przemiany materji w przebiegu cukrzycy (Pol. Gaz. Lek. Nr. 11, 1926) podaje jedynie ilości zużytego tlenu, nie przeliczając ich w wartości ciepłostkowe. To samo czynią Pollitzer i Stolz (Wien. Archiv, tom IX, X, XI) w obszernej pracy nad zachowaniem się podstawowej przemiany materji w rozmaitych stanach chorobowych.

W niniejszej pracy przeliczaliśmy ilości zużytego tlenu w wartości ciepłostkowe i w ten sposób otrzymane liczby u człowieka badanego, porównywaliśmy z liczbami, wyrażającemi podstawową przemianę materji u człowieka zdrowego tej samej płci, wieku, wagi i wzrostu, które odczytujemy na specjalnych tablicach, ułożonych przez Bendicta i Harrisa: następnie obliczając w odsetkach, sądzimy, czy mamy w poszczególnym przypadku do czynienia z prawidłową, czy też ze wzmożoną lub zmniejszoną podstawową przemianą materji. Różnice poniżej 9—15% uważane są za leżące w granicach błędu i nie są brane pod uwagę. Należy jednak podkreślić, że przyrząd Krogha jest wystarczający do celów klinicznych i może w zupełności zastąpić inne, bardzo złożone przyrządy, zapomocą których określa się również wydychany CO_2. Określanie ilości zapotrzebowanego tlenu całkiem wystarcza, aby módz sądzić o podstawowej przemianie materji danego osobnika. Wszyscy autorzy, którzy pracowali przyrządem Krogha i porównywali liczby w ten sposób otrzymane z liczbami osiągniętemi zapomocą metod najczulszych, twierdzą jednogłośnie, że przyrząd Krogha jest najodpowiedniejszym przyrządem dla celów klinicznych. Najważniejsza zaś jego zaleta — to łatwość i szybkość wykonywania badań (20—30 minut).

Technika jest następująca: każdego chorego badaliśmy z rana w 12—14 godzin po ostatnim posiłku w zupełnym spokoju (półgodzinne pozostawanie bez ruchu w pozycji leżącej) o czem się można przekonać licząc tętno przed, podczas i po badaniu. Jeżeli tętno podczas badania się pszyspiesza, należy sądzić o pewnym jakimś wysiłku ze strony chorego (lęk, niewygodne leżenie, nieodpowiednia ciepłota, otoczenie i t. d.). Każdego chorego badaliśmy 2—4-ch razy w odstępach 3- lub 7-mio dniowych, a gdy stale otrzymywaliśmy wyniki jednakowe lub bardzo mało się różniące, uważaliśmy, że doświadczenie zostało przeprowadzone prawidłowo. Prócz tego w każdym przypadku określaliśmy skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi zapomocą przyrządu Riva-Rocci'ego, określaliśmy w surowicy azot resztkowy (metoda Kjeldahla) lub mocznik (metodą Yvona).

Pewne trudności w badaniu podstawowej przemiany materji u chorych na nerki nasuwa ta okoliczność, że nie każdy chory nadaje się do tego rodzaju badań. Należało więc z pośród chorych nerkowych wybierać takich, którzy albo nie mieli wcale obrzęków, albo też bardzo lekko tylko zaznaczone. Badanie chorych z obrzękami nie prowadzi do wytkniętego celu, gdyż waga ich obejmuje jednocześnie i wagę zatrzymanej w tkankach wody. Nie możemy przeto liczb wyrażających ich podstawową przemianę materji, zestawiać z liczbami, wyrażającemi podstawową przemianę materji u ludzi zdrowych tej samej wagi, gdyż waga badanych przez nas chorych byłaby zbyt wysoka.

Wobec tego chorych, wykazujących duże obrzęki, nie badaliśmy zupełnie. Dlatego też nie posiadamy większej liczby danych, świadczących o zachowaniu się podstawowej przemiany materji w postaciach chloremicznych, a dane te interesują nas ze względu na przypuszczalną w tych cierpieniach niedomogę tarczycy. Staraliśmy się przeto podobnych chorych badać w okresie początkowym, kiedy nie posiadali jeszcze dużych obrzęków, a wykazywali już cechy rozwijającej się nefrozy, jak wybitną chwiejność kolo-idową osocza, niezwiększony azot resztkowy surowicy, rozwodnienie krwi, bladość, zwiększoną ilość fibrynogenu i cholesteryny we krwi, brak wzmożonego ciśnienia tętniczego, dużą ilość białka, a brak krwinek czerwonych w moczu i t. d.

Jak wynika z tablicy Nr. 1 zbadaliśmy ogółem 25-ciu chorych na nerki, w tej liczbie 3-ch ze zmianami zwyrodnienia (postacie chloremiczne, nefrozy); chorzy ci nie wykazywali ani wzmożonego ciśnienia tętniczego, ani też zwiększonego azotu resztkowego wzgl. mocznika w surowicy, natomiast wybitny białkomocz oraz skłonność do obrzęku. Z pozostałych 22-ch przypadków u 17-tu stwierdziliśmy mniejszą lub większą azotemję, wzmożone ciśnienie tętnicze, brak zupełny obrzęków oraz zmiany w moczu (wałeczki przeważnie szkliste, niekiedy ziarniste, białko, pojedyńcze krwinki czerwone). Ostatnie 5 przypadków to chorzy na nerki zastoinowe w następstwie niedomogi krążenia. Chorych takich badaliśmy wówczas, gdy po wypoczynku lub wskutek zabiegów leczniczych utracili już obrzęki, a wykazywali jeszcze nieco białka, pojedyńcze krwinki czerwone i wałeczki szkliste lub ziarniste w moczu.

Oddzielnie na tablicy Nr. 2, umieściliśmy 5 przypadków samoistnie wzmożonego ciśnienia tętniczego t. zw. *„hypertensio essentialis"*. Do tej grupy zaliczaliśmy chorych tylko ze wzmożonem ciśnieniem tętniczem, lecz bez widocznych zmian w nerkach, a więc takich, którzy wykazywali zaledwie minimalne ślady białka w moczu albo nie wykazywali go zupełnie oraz niewzmożoną ilość azotu resztkowego w surowicy.

Uwzględnianie ściślejszego podziału schorzeń nerkowych zwłaszcza według bardziej u nas rozpowszechnionego schematu niemieckiego uważaliśmy w pracy niniejszej za sprawę drugorzędną. Jak ogólnie wiadomo, w ostatnich kilkunastu latach poglądy na cierpienia nerek uległy poważnym zmianom. Z jednej strony badania szkoły francuskiej z Vidalem na czele, z drugiej liczne doświadczenia w Niemczech, począwszy od Schlayera, coraz bardziej wysuwały na czoło problematu nerkowego sprawy fizjologji patologicznej całego ustroju zamiast anatomji i histologji patologicznej samych tylko nerek. Naturalnie taka zasadnicza zmiana ujęcia chorobowości nerek musiała też zasadniczo wpłynąć na klasyfikację cierpień tego narządu, co posiada — jak każdy układ klasyfikacyjny — bynajmniej nietylko znaczenie dydaktyczne i orjentacyjne, lecz bardzo doniosłe znaczenie praktyczne z punktu widzenia rokowania i leczenia. O ile jednak podział francuski jest niezwykle prosty i harmonijny, wprowadzając postać azotemiczną i chloremiczną, ewent. mieszaną, o tyle nowy podział niemiecki, oparty nadal, pomimo pewnych poprawek i zmian na sprawach histopatologicznych, zachodzących w samym miąższu (i to w różnych jego częściach, mających różne czynności fizjologiczne) lub w tkance

TABLICA II

Hypertensio essentialis

L. p.	Imię i nazwisko wiek		Białko w moczu	Osad	Azot resztkowy we krwi	Ciśnienie krwi	Podstawowa przemiana ma-
1	Marja Kern.	l. 60	brak	pojedyncze leukocyty i nabłonki	0,36‰	255/105	−4% (norma)
2	Izaak Hel.	l. 56	ślady	„	0,28‰	210/98	+36%
3	Aron Lip,	l. 62	brak	„	0,22‰	208/92	+41%
4	Mendel Wrób.	l. 57	brak	„	0,31%	90/60	+68%
5	Wacława Miesz.	l. 52	ślady	„	0,20‰	240/101	+2% (norma)

międzymiąższowej, jest dość ciężki i nie zawsze pozwala na ścisłe określenie danego cierpienia. Pojęcie „nefrozy“ — cierpienia umiejscowionego ściśle w kanalikach, lecz nieraz w różnych ich odcinkach — łączące się z histopatologicznem pojęciem zmętnienia tłuszczowego komórki, pojęcie *„nephritis“*, związane znów z pojęciem „zapalenia“ (co do którego niema zresztą dotychczas jednomyślnego zdania) — *nephrosis primaria, nephr. secundaria, nephritis insularis, diffusa, papillaris, vascularis (glomerulonephritis) totalis seu partialis* i t. d. — wszystko to jest w gruncie rzeczy poprzednim podziałem, do którego dla większego utrudnienia wprowadzono jeszcze jeden czynnik histopatologiczny, jakim jest zmętnienie tłuszczowate i inne komórki. Ostra nefroza, nerczyca, jak to nazywa Browicz, czy to na tle zatrucia rtęcią, czy to w przebiegu błonicy lub cholery, daje nieraz takie same objawy kliniczne, jak ostre zapalenie nerek w przebiegu wielu cierpień zakaźnych i kończy się niekiedy w sposób zbliżony. O istocie i rozległości zmian anatomopatologicznych można się przekonać dopiero na stole sekcyjnym, a jak wiadomo, często rozmiar i ciężkość tych uszkodzeń nie znajduje się w żadnym stosunku do objawów klinicznych. Słusznie podkreśla H. Strauss, że można znaleźć wybitne zmiany anatomiczne bez uszkodzeń zachowania się klinicznego i naodwrót poważne objawy kliniczne przy bardzo nieznacznych odchyleniach anatomopatologicznych. Niewątpliwie więc droga anatomo-patologiczna, której wciąż trzyma się szkoła niemiecka, nie daje jasnego obrazu klinicznego; stąd konieczność uciekania się do badań czynnościowych.

Dzieliliśmy nasz materjał kliniczny, trzymając się raczej klasyfikacji francuskiej na przypadki chloremiczne i azotemiczne, od których odróżnialiśmy naturalnie przypadki nerek zastoinowych, wreszcie jako oddzielną grupę rozpatrywaliśmy chorych z samoistnie wzmożonem ciśnieniem *(„hypertensio essentialis“)*.

Zastanawiając się nad otrzymanemi wynikami na tablicy 1-ej wnioskujemy, że w 3-ch przypadkach chloremicznych (nefrozy) u chorych, wykazujących prawie jednakowe objawy kliniczne, podstawowa przemiana materji zachowuje się niejednakowo: podczas gdy w przypadku pierwszym u chorego, cierpiącego na nefrozę w następstwie przyczyny niezbadanej, podstawowa przemiana materji okazała się prawidłową (zmniejszoną tylko o 11%) to w następnych dwóch przypadkach stwierdziliśmy spalanie zmniejszone (—28% i —32%). U jednego z ostatnich chorych sprawa nerkowa wystąpiła w następstwie długotrwałej rozstrzeni oskrzelowej po przebytem zapaleniu płuc, a u drugiego z przyczyny nieustalonej.

Należy jednak zauważyć, że ci trzej chorzy nie odpowiadali w zupełności warunkom, jakie są konieczne przy prowadzeniu badań nad zachowaniem się podstawowej przemiany materji, mianowicie u 2-ch stwierdziliśmy nieznaczne obrzęki, a jeden miewał od czasu do czasu ciepłoty podgorączkowe, dochodzące do 37,4. Są to więc czynniki niezawodnie wpływające ujemnie na wyniki, badając bowiem chorego z obrzękami, obliczamy, jak już wspominaliśmy, ilość zużytego tlenu nietylko do jego wagi rzeczywistej, lecz także do wagi obrzęków, a więc liczby osiągnięte zestawiamy z liczbami zbyt wysokiemi i dlatego może się nam wydawać, że mamy do czynienia ze zmniejszonem zapotrzebowaniem tlenu. Pomimo to jednak sądzimy, że w owych dwóch przypadkach nefrozy otrzymaliśmy niezawodnie istotne obniżenie podstawowej przemiany materji niezależnie od technicznego błędu badania, nie możemy bowiem przypuszczać, żeby tak znaczne obniżenie (—32%) należało kłaść tylko na karb niedokładnej wagi (obrzęki), gdy odejmiemy od wagi tych chorych nawet 10 kg. jako wagę obrzęków, co żadną miarą nie będzie odpowiadało rzeczywistości (obrzęki, jak już wspominaliśmy były bardzo nieznaczne), to i wtedy jeszcze podstawowa przemiana materji u tych chorych będzie obniżona w stosunku do prawidłowej.

Co zaś do stanu podgorączkowego, jaki miał miejsce u jednego z wymienionych chorych, to czynnik ten nie miał żadnego zgoła znaczenia, podniesienie bowiem ciepłoty, jak wiadomo, zwiększa zapotrzebowanie tlenu, a skoro nasz chory pomimo to wykazywał zmniejszenie podstawowej przemiany materji, przeto okoliczność ta przemawia raczej na korzyść twierdzenia, że w niektórych przypadkach nefrozy podstawowa przemiana materji może być zmniejszona.

Z pośród 17-tu zbadanych przypadków, wykazujących azotemję i wzmożone ciśnienie tętnicze *(glomerulonephritis chron., nephritis interst., sclerosis renum* i t. d.) u 12-tu stwierdziliśmy wyraźne wzmożenie podstawowej przemiany materji, dochodzące nawet w niektórych przypadkach do 53%, w pozostałych zaś 5-iu przypadkach podstawowa przemiana materji okazała się prawidłowa. Należy podkreślić, że niektórzy chorzy z prawidłową podstawową przemianą materji wykazywali nawet większe ciśnienie tętnicze i bardziej wzmożoną ilość azotu resztkowego w surowicy, niż niektórzy chorzy ze zwiększoną podstawową przemianą materji. Wobec tego nie możemy przypuszczać aby wzmożone ciśnienie tętnicze i azotemja były wyłącznemi czynnikami, prowadzącemi do wzmożonych procesów spalania. Dalej nie stwierdzono również, aby chorzy ze wzmożoną podstawową przemianą materji wykazywali jakieś inne specjalne cechy, różniące ich zasadniczo od chorych z prawidłową podstawową przemianą materji. Ilość białka w moczu, charakter osadu, sposób powstawania choroby i t. p. wszystkie te dane, zdaje się nie odgrywają tu roli.

Następne 5 przypadków, obejmujących chorych z nerkami zastoinowemi, wykazały zupełnie prawidłową podstawową przemianę materji.

Co się zaś tyczy chorych z samoistnie wzmożonem ciśnieniem *(hypertensio essentialis)* to — jak wynika z załączonej tablicy Nr. 2 — stwierdziliśmy również obraz niejednolity, a mianowicie w 3-ch przypadkach podstawowa przemiana materji była wyraźnie zwiększona, zaś w 2-ch prawidłowa. U chorych tej kategorji, podobnie jak i u innych z podniesionem ciśnieniem na tle schorzeń nerek nie zdołaliśmy wykazać żadnej zależności pomiędzy zwiększeniem podstawowej przemiany materji z jednej strony, a ciśnieniem tętniczem lub innemi objawami choroby z drugiej.

Jak widać, choroby nerek nie wywierają wybitnego wpływu na zachowanie się podstawowej przemiany materji; jednak otrzymane wyniki pozwalają nam wyrazić przypuszczenie, że często postacie chloremiczne (nefrozy) wykazują pewną skłonność do obniżenia podstawowej przemiany materji, podczas gdy azotemiczne naodwrót — do wzmożenia. Ażeby upewnić się ostatecznie, że w postaciach chloremicznych podstawowa przemiana materji jest obniżona, należałoby zbadać więcej tego rodzaju przypadków, natomiast co do przypadków azotemicznych, to nie ulega wątpliwości, że spostrzegamy tu przeważnie zwiększoną podstawowa przemianę materji, podobnie jak w stanach chorobowych określanych jako samoistne wzmożenie ciśnienia tętniczego (*hypertensio essentialis)*.

Wiadomo, że obrazy kliniczne, w których spostrzegamy stałe podniesienie ciśnienia tętniczego (nie mówiąc o czasowem podniesieniu ciśnienia z powodu wpływów psychicznych i innych) są rozmaite, najczęściej jednak związane z cierpieniami nerek *„glomerulonephritis diffusa“* we wszystkich okresach, *„sclerosis renum maligna“* na tle miażdżycy, kiły i t. d. Pozatem istnieje obraz chorobowy o wybitnie wzmożonem ciśnieniu, o objawach sercowych i nerwowych, lecz bez widocznych objawów ze strony nerek i bez widocznej miażdżycy. To ostatnie cierpienie nazywają ogólnie *„hypertensio essentialis“* dla podkreślenia przypuszczenia, że nerki nie biorą tu żadnego udziału. Aczkolwiek cierpienia te można rozróżniać z punktu widzenia klinicznego, (umiarkowany przerost lewej komory, tło artrytyczne i rodzinne, neurastenja i t. d.), a nadewszystko anatomo-patologicznego (brak zmian swoistych w nerkach), to jednak ze względu na spotykane dość często postacie prawdopodobnie przejściowe, po części też powikłane nieznacznemi zmianami w nerkach, nie jesteśmy niekiedy w stanie powiedzieć, z jaką właściwie jednostką chorobową mamy do czynienia, a więc czy istotnie *„hypertensio essentialis“*, czy też z podniesieniem ciśnienia na tle choroby nerek. Chociaż więc zaliczaliśmy w pracy niniejszej do *„hypertensio essentialis“* przypadki bez widocznych zmian w nerkach (brak białka, wałeczków i t. d.), oraz bez wzmożenia azotu resztkowego w surowicy, nie wyłączone jest jednak, że nawet u tych chorych było pewne uszkodzenie nerek, którego klinicznie stwierdzić się nie udawało. Wobec tego na podstawie naszych badań trudno jest rozstrzygnąć kwestję, czy samoistnie wzmożone ciśnienie prowadzi u chorych tego rodzaju do wzmożonej podstawowej przemiany materji, wysokie zaś ciśnienie u chorych na nerki objawu tego nie daje, czyli nie możemy przychylić się do zdania, że badaniem przemiany materji możnaby się posługiwać w celu różnicowania obu stanów chorobowych. Być może inne zalecane sposoby, jak wstrzykiwanie adrenaliny (Deicke i Hülse — zupełny brak wpływu adrenaliny na ciśnienie *„hypertensio essentialis“)* lub badanie hiperglikemji (Ivai i Lövvy, Kylin w samoistnie wzmożonem ciśnieniu pozostaje w granicach normy) pozwala na różnicowanie samoistnie wzmożonego ciśnienia od hipertonji powstałej wtórnie z innych powodów (choroby nerek, miażdżyca i t. d.). Należy raczej dla celów leczniczych rozróżniać dwa typy chorych z podniesionem ciśnieniem tętniczem: 1) takich, u których spostrzega się wzmożoną podstawową przemianę materji, oraz 2) takich, u których podstawowa przemiana materji jest prawidłowa. Stwierdzając każdorazowo u chorych ze wzmożonem ciśnieniem zachowanie się ich podstawowej przemiany materji, będziemy w stanie zastosować w każdym przypadku odpowiednie leczenie: inaczej bowiem należy postępować z chorym, u którego podstawowa przemiana materji jest wzmożona, aniżeli z chorym, u którego procesy spalania są prawidłowe.

Wyniki pracy naszej są następujące:

1) Nie daje się stwierdzić ścisłej zależności pomiędzy anatomicznem oraz czynnościowem uszkodzeniem nerek, a wyraźnemi zmianami w zachowaniu się podstawowej przemiany materji

2) Nie można również wykazać żadnej zależności pomiędzy ciśnieniem tętniczem krwi, azotem resztkowym surowicy, a zachowaniem się podstawowej przemiany materji.

3) W niektórych przypadkach chloremicznych postaci schorzeń nerek można jednak stwierdzić pewne obniżenie podstawowej przemiany materji, a w większości przypadków azotemicznych ze wzmożonem ciśnieniem tętniczem krwi — zwiększenie podstawowej przemiany materji.

4) Na podstawie badania podstawowej przemiany materji nie można odróżnić samoistnie wzmożonego ciśnienia *(hypertensio essentialis)* od ciśnienia wzmożonego z powodu choroby nerkowej, albowiem oba wymienione stany chorobowe mogą przebiegać zarówno ze wzmożoną, jak i z prawidłową podstawową przemianą materji.

5) Badanie podstawowej przemiany materji w chorobach nerek nie posiada większego znaczenia rozpoznawczego.

J. DADLEZ i W. KOSKOWSKI. Lwów.

Z badań nad gorączką pochodzenia obwodowego.

(Z Zakładu chemji lekarskiej i z Zakładu farmakologji doświadczalnej U. J. K. we Lwowie).

Doniesienie tymczasowe.

Rozpatrując rolę układu nerwowego wegetatywnego w przemianie węglowodanów przekonywujemy się, że układ nerwowy parasympatyczny hamuje, zaś układ sympatyczny, pobudza tworzenie cukru z glikogenu. Nie wchodzimy w szczegółowe rozpatrywanie tego skomplikowanego zagadnienia gospodarki cukrowej w ustroju jeśli chodzi o rozmaite inne wpływy nerwowe i humoralne. Nie poruszamy dlatego znaczenia układu sympatycznego dla wątroby, nie omawiamy działania niektórych jadów pobudzających układ parasympatyczny i wywołujących mimo to hiperglikemję, nie wspominamy o wpływach sympatycznych i parasympatycznych na nadnercza i produkcję adrenaliny ani też wpływów wegetatywnych na tworzenie insuliny. Uwzględnienie całości tych zjawisk dałoby nam dopiero całkowity obraz tego skomplikowanego zagadnienia. W pracy niniejszej ograniczymy się jedynie do zwrócenia uwagi na wpływ, jaki posiada układ nerwowy parasympatyczny w tej właśnie dziedzinie przemiany węglowodanów, a przedewszystkiem na zjawiska, które charakteryzuje między innemi wzmożenie produkcji ciepła w ustroju. Fakty stąd zaczerpnięte posłużą nam jako podstawa do rozważania zjawisk wyżej wspomnianych a także do badań chemizmu krwi w związku z temi zjawiskami.

Z doświadczeń dawniej wykonanych (Heymans, Maigre, Koskowski), wynika, że wprowadzenie dożylne błękitu metylenowego wywołuje znaczne podwyższenie ciepłoty ciała. Jednocześnie też stwierdzono, że błękit metylenowy jest substancją porażającą zakończenia nerwowe parasympatyczne. I nerw błędny i struna bębenkowa (chorda tympani) nie reaguje na bodźce elektryczne wtedy, gdy w ustroju zwierząt krąży odpowiednia ilość błękitu metylenowego.

Zależność więc pomiędzy oddziaływaniem ustroju (podwyższenie ciepłoty) a własnościami farmakodynamicznemi błękitu (porażenie zakończeń nerwowych parasympatycznych) nasuwała się jasno. Chodziło jednak o wyjaśnienie procesów chemicznych, odbywających się przytem i o ustalenie ścisłe związku pomiędzy wpływem błękitu metylenowego a temi zmianami w składzie krwi, które wyjaśniłyby źródło podwyższonej ciepłoty.

Do doświadczeń użyliśmy więc błękitu metylenowego jako bodźca, wywołującego podniesienie ciepłoty ciała. Stwierdziliśmy przedewszystkiem i to w 20 doświadczeniach wykonanych na psach, że po wprowadzeniu dożylnem błękitu metylenowego następuje podwyższenie ilości cukru we krwi. Równolegle z podwyższeniem ilości cukru we krwi następowało podniesienie się ciepłoty ciała. Ciepłota mierzona w odbytnicy, wynosiła niekiedy ponad 44° C, jednak pod tym warunkiem, że oddychanie było odpowiednie, to znaczy, że dowóz tlenu był wystarczający. Przy nieregularnym i płytkim typie oddychania, mimo wysokiego poziomu cukru we krwi, ciepłota nie podnosiła sie, a nawet niekiedy opadała. Współdziałają zatem w tem zjawisku dwa czynniki niezbedne: 1) Materjał ulegający spalaniu, 2) tlen.

Materjału spaleniowego dostarcza wątroba. Jeżeli brak materjału n. p. po wyczerpaniu glikogenu pod wpływem głodzenia, niema również podwyższenia ciepłoty ciała po wstrzyknięciu dożylnem błękitu metylenowego. U normalnych zaś zwierząt błękit metylenowy porażając nerw błędny wywołuje rozkład glikogenu z następowem zwiększeniem ilości cukru we krwi, niezależnie od wpływów układu nerwowego środkowego. Świadczą także o tem doświadczenia u psów z wyłączeniem krążenia mózgowego i przecięciem rdzenia kręgowego poniżej przedłużonego. Wpływ więc błękitu metylenowego ogranicza się naszem zdaniem przedewszystkiem do działania na samą wątrobę.

* * *

Obok cukru *) pojawia się we krwi i kwas mlekowy w zwiększonej ilości, który również odgrywa pewną rolę w zjawiskach towarzyszących zmianom powstającym w ustroju pod wpływem błękitu metylenowego. Z chwilą zwiększonego dopływu cukru do krwi ilość kwasu mlekowego rośnie. Wzmożona ilość kwasu mlekowego staje się czynnikiem farmakodynamicznym, którego efekty działania możemy obserwować. Skoro wstrzykujemy wieksze ilości błękitu metylenowego zjawia się po pewnym czasie typ oddychania, zwany *polypnoe*. Mimowoli nasuwała się konieczność porównania mechanizmów *polypnoe* występującą po błękicie metylenowym ze znaną Richet'owską *polypnoe* termiczną. Z badań naszych okazało się, że te dwa typy różnią się zasadniczo. *Polypnoe* termiczna charakteryzuje się z ruchami oddechowemi płytszemi, *polypnoe* po błękicie metylenowym zjawia się po poprzedniej fazie pogłębienia oddechów, a szczególnie po kilku głębszych wdechach. Lecz te objawy nie przedstawiają jeszcze różnicy zasadniczej. Leży ona dopiero w samej przyczynie powstawania *polypnoe*. *Polypnoe* po błękicie metylenowym występuje wtedy, gdy ilość kwasu mlekowego ulegnie zwiększeniu. Kwas mlekowy staje się wtedy bodźcem do wystąpienia szybszych ruchów oddechowych. Do wykazania tego wzmożenia uchwycić jednak należy odpowiedni moment, gdyż niewielkie nawet opóźnienie daje nam fazę następną t. j. obniżenie kwasu mlekowego do normy lub nawet niżej wskutek znacznie wzmożonego utleniania. Przy *polypnoe* termicznej poziom kwasu mlekowego nie podnosi się, podobnie jak i poziom cukru. Ulegały one w przypadkach przez nas badanych nawet obniżeniu.

Po wprowadzeniu dożylnem dużych ilości błękitu metylenowego a szczególnie w ostatniej fazie działania tegoż i to przedewszystkiem u psów zasadniczo źle oddychających, ruchy oddechowe stają się nieregularne i dyspnoiczne. W tej fazie poziom kwasu mlekowego i cukru jest bardzo wysoki. Wzmożenie znacznie kwasu mlekowego wywiera wpływ szkodliwy na ośrodek oddechowy. Możnaby nawet przypuszczać, że wpływ na ośrodek oddechowy nie zależy od bezpośredniego farmakodynamicznego działaniu błękitu metylenowego, lecz jest wynikiem nagromadzenia się kwasu mlekowego. A wiemy z danych klasycznych, że ośrodek oddechowy jest niezmiernie wrażliwy na przesunięcie oddziaływania w kierunku zakwaszenia.

Wreszcie zaznaczyć należy, że polypnoe po błękicie metylenowym jest niezależna od ciepłoty ciała. Zjawia sie wtedy, gdy ilość kwasu mlekowego wzrośnie. Zdarza się przy rozmaitych ciepłotach u różnych psów. Obserwowaliśmy typową polypnoe po błękicie nie tylko przy bardzo nieznacznem podwyższeniu ciepłoty lecz nawet przy ciepłocie normalnej i przy obniżeniu poniżej normy. (N. p. ciepłota normalna 37° C. początek *polypnoe* przy 36.8° C. u psa ze zdegenerowaną eksperymentalnie wątrobą). W tych samych natomiast warunkach żywszy dowóz tlenu wskutek oddechów polypnoicznych powodował zawsze żywsze spalanie czego końcowym efektem było podwyższenie ciepłoty ciała (w wymienionym przypadku do 38.2° C.).

Oddychanie zatrzymuje się wcześniej aniżeli serce, jeżeli duże dawki błękitu wprowadzimy dożylnie. Serce, które jest bardziej oporne na kwasicę, dzięki warunkom fizjologicznym (produkcja kwasu mlekowego w czasie pracy) pracuje zwykle jeszcze 2—3 minuty po zupełnem zatrzymaniu oddechu.

W n i o s k i. Podwyższenie ciepłoty ciała po wstrzyknięciu błękitu metylenowego jest pochodzenia obwodowego. Źródłem ciepła jest spalanie cukru, który w zwiększonej ilości wyrzucany zostaje z wątroby. Przyczyną tego zjawiska jest porażenie zakończeń nerwu błędnego w wątrobie i stąd usunięcie wpływów hamujących przemianę glikogenu w cukier. Własności porażenne błękitu metylenowego dla układu parasympatycznego są faktem dokładnie stwierdzonym.

Wraz z cukrem krwi ulega podwyższeniu ciepłota ciała tylko wtedy, jeżeli dowóz tlenu jest wystarczajacy. Gromadzacy się we krwi kwas mlekowy, w następstwie rozkładu cukru, działa na środkowy układ nerwowy — powstaje polypnoe różna od polypnoe termicznej. W czasie polypnoe ilość kwasu mlekowego maleje. Przy polypnoe termicznej mechanizm jest inny niezależny od chemizmu krwi.

---

*) Cukier oznaczaliśmy metodą Folina-Wu. Błękit metylenowy adsorbował się w osadzie białkowym tak, że przesącz był zupełnie klarowny.

Należałoby oznaczyć jeszcze współczynnik oddechowy, którego odpowiednia wartość przemawiałaby również za zwiększoną przemianą węglowodanową w czasie trwania gorączki typu obwodowego: określenie zaś glykogenu w wątrobie i mięśniach dałoby może możność rozstrzygnięcia, jak przebiega proces rozkładu i regeneracji węglowodanów ze względu na umiejscowienie.

Dr. E. WILCZKOWSKI, asystent szpitala. Warszawa.

Badania genealogiczne konstytucyjnych grup serologicznych krwi kilku rodzin, obarczonych chorobami umysłowemi *).

(Ze Szpitala Św. Jana Bożego w Warszawie. Lekarz Naczelny: Dr. T. Łapiński i z Pracowni Bakterjologicznej Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. st. Warszawy. Kierownik: Doc. Dr. A. Ławrynowicz.

Doniesienie tymczasowe.

W obecnym stanie badań nad dziedzicznością usposobienia do chorób umysłowych należy oddać pierwszeństwo metodzie genealogicznej.

Rezygnując z olbrzymich liczb statystycznych, musimy w każdem poszczególnem badaniu dokładnie ustalać zjawiska psychopatologiczne, powstające na podłożu dziedzicznem oraz wszystkie cechy psychiczne korrelatywne. Stan badań nad stosunkiem cech psychicznych do budowy ciała zmusza nas do uwzględnienia także i konstytucyjnych cech morfologicznych budowy ciała.

Uważam, że dla całokształtu badań genealogicznych nad dziedzicznością chorób umysłowych należy zrobić próbę zastosowania równocześnie do tych badań badania konstytucyjnych cech serologicznych krwi. Prace Landsteinera, Dungerna i Hirszfelda ustaliły u ludzi 4 grupy krwi: A, B, AB, O.

Własności serologiczne tych grup zostały dokładnie zanalizowane i scharakteryzowane w szeregu prac Hirszfelda i innych.

Polegają one, mianowicie, na zdolności surowicy jednej grupy do aglutynowania krwinek niektórych grup obcych.

Żadna surowica nie aglutynuje krwinek grupy własnej.

Własności poszczególnych grup krwi można streścić w następujący sposób (patrz rys. Nr. I.).

Krew A: posiada krwinki A: zaś jej surowica własność anty B, to znaczy aglutynuje krwinki grupy B.

Krew B: posiada krwinki B; zaś jej surowica własność anty A, to znaczy aglutynuje krwinki grupy A.

Krew AB: posiada krwinki A i B ;surowica jej nie posiada własności aglutynowania krwinek żadnej grupy.

Krew O: posiada krwinki O: surowica jej posiada własności i anty-A i anty-B — to znaczy aglutynuje krwinki wszystkich grup poprzednich.

Własności grup krwi

Grupy	własności: krwinek	własności: surowicy
I	A	anty-B
II	B	anty A
III	AB	żadne
IV	O	anty-A anty-B

Przebieg określenia grup krwi

Krew do określenia	Surowice znane: z krwi A o własności anty-B (aglutynacja)	Surowice znane: z krwi B o własności anty-A (aglutynacja)	wyniki
zawiesina krwinek X	—	+	A
„ Y	+	—	B
„ Z	+	+	AB
„ U	—	—	O

Przebieg określania grup krwi odbywa się w sposób następujący (patrz rys. Nr. II.):

Odczynnikami są tylko surowice anty-A i anty-B. Do surowic nalanych w ilości 2—3 kropli do poszczególnych próbówek dodajemy taką samą ilość zawiesiny krwinek grupy nieznanej.

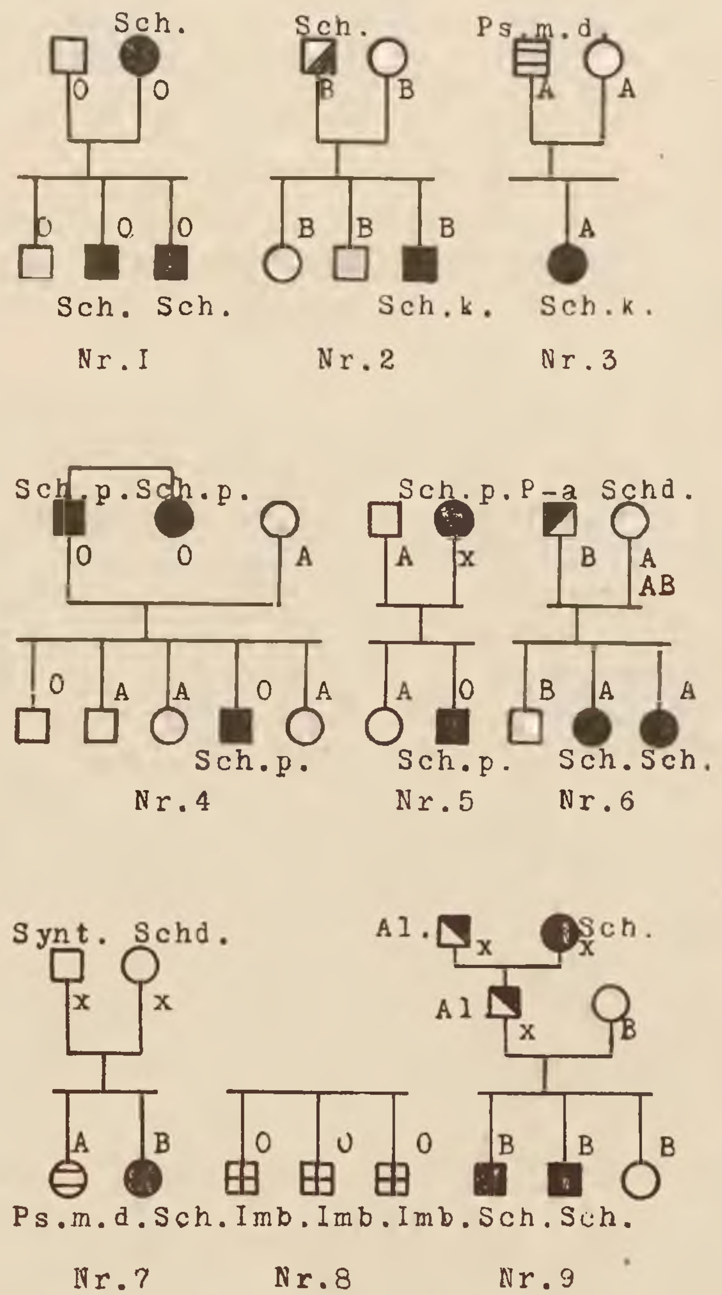
Aglutynacja z surowicą anty-A i brak jej z surowicą anty-B wskazuje grupę A.

Aglutynacja z surowicą anty-B i brak jej z surowicą anty-A wskazuje grupę B.

Aglutynacja z surowicą anty-A i z surowicą anty-B wskazuje grupę AB.

Brak aglutynacji z obu surowicami wskazuje grupę O.

A, B, AB, O, muszę podkreślić, są to cechy konstytucyjne, a zatem stałe, niezmienne i niezależne od wieku, choroby oraz podawanych leków.



Ponadto prace przedewszystkiem Hirszfelda ustaliły, że cechy te dziedziczą się według praw Mendla, przytem A i B są cechami dominującemi i dziedziczą się niezależnie jedna od drugiej, a O jest cechą ustępującą.

Wpiśmiennictwie psychjatrycznem nie znalazłem żadnej pracy o stosunku dziedziczenia cech serologicznych i chorób umysłowych, przeto postawiłem zagadnienie w pierwotniejszej jego postaci.

Zbierałem rodziny, w których choruje umysłowo co najmniej dwóch członków rodziny (rodzic i dziecko lub chociażby dwoje z rodzeństwa).

Ogółem zbadałem 9 rodzin, w tem w 4 przypadkach obojga rodziców, w 3-ch tylko jednego z rodziców i w 2-ch samo rodzeństwo.

Zbadany materjał po usystematyzowaniu przedstawia się w sposób następujący:

W pierwszych trzech rodzinach w każdej poszczególnej rodzinie oboje rodzice i wszystkie dzieci posiadają jedną grupę krwi: w I-ej — O, w II — B, w III — A.

---

*) Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe Psychjatrów Polskich w Krakowie w czerwcu 1926 roku.

Co do chorób umysłowych — w pierwszej rodzinie matka i dwóch synów chorują na schizofrenję.

W drugiej u ojca łagodna postać schizofrenji paranoidalnej, u syna schizofrenja katatoniczna.

W trzeciej: ojciec przebywa stan manjakalny w przebiegu psychozy okresowej, córka cierpi na schizofrenję katatoniczną.

Na podstawie tych trzech rodzin możemy stwierdzić, że schizofrenja nie wiąże się z jedną tylko cechą serologiczną a możemy ją spotkać u przedstawicieli różnych grup.

Pozatem ze względu na wspólne cechy obu rodziców nic w tych przypadkach do zaznaczenia więcej nie mamy. Należy tylko podkreślić, że niektóre dzieci w II-ej rodzinie mogłyby mieć grupę O zamiast B, a w III córka O zamiast A, gdyż A i B są cechami dominującemi.

W rodzinie czwartej stwierdziłem grupę O u ojca, ciotki i syna, chorych na schizofrenję paranoidalną, oraz u jednego syna zdrowego, natomiast u matki i u trojga reszty rodzeństwa grupę A. Jak widzimy w tej rodzinie schizofrenja w tej samej postaci paranoidalnej dziedziczy się w korrelacji z grupą O. Nasuwa się zagadnienie, czy przynależność reszty rodzeństwa do grupy A, odziedziczonej od zdrowej matki daje dla nich dobre rokowanie co do uniknięcia schorzenia schizofrenicznego.

Może to mieć tem większe uzasadnienie, gdyż badania takie w zakresie chorób zakaźnych (Hirszfeldowie i Brokman) wykazały, że dziedziczenie stanu odporności przeciwbłoniczej związane jest z dziedziczeniem konstytucyjnych cech serologicznych krwi.

Rodzina piąta potwierdza wyniki, otrzymane przy badaniu rodziny czwartej. U zdrowego ojca i córki stwierdziliśmy grupę A, natomiast u syna chorego na schizofrenję paranoidalną — grupę O. Matka również jest chora na schizofrenję paranoidalną. Grupa jej krwi nie została zbadana z przyczyn odemnie niezależnych. W tym przypadku nie możemy rozpoznawać nawet przypuszczalnie jej przynależności do pewnej grupy krwi, córka ma grupę A, którą ma i ojciec, a syn posiada grupę O, która jest cechą ustępującą. A zatem matka może mieć jedną ze wszystkich czterech grup krwi. W każdym razie chory syn ma grupę odmienną od zdrowej córki.

Rodzina szósta składa się z ojca chorego na paranoję, syna zdrowego i dwóch córek chorych na schizofrenję. Ojciec i syn posiadają grupę krwi B, obie córki A. Matka zmarła. W tym przypadku rodzeństwo posiada obie cechy dominujące, a mianowicie: A (córki) i B (brat). Obie te cechy mogła mieć również i matka; w każdym razie musiała mieć cechę A, gdyż ojciec jej nie posiada. A zatem córki, chore na schizofrenję odziedziczyły grupę krwi od matki. Pozornie zatem rodzina ta nie wykazuje korrelacji dziedziczenia cech serologicznych do chorób umysłowych. Lecz głębsza analiza tej rodziny daje nowe oświetlenie. Przedewszystkiem co do postaci chorobowych ojca i córek. Wykazują oni wprawdzie psychozy pokrewne, lecz różnoimienne, oraz co do przebiegu i obrazu choroba ojca różni się od choroby córek. Ojciec łagodny paranoik, nigdy w zakładzie nie był, pracuje stale zawodowo, zajęty jest rozwiązywaniem *„perpetuum mobile"* i innych wynalazków. Córki wybitne schizofreniczki przywiezione zostały obie do szpitala w stanie podniecenia, wymagającym umieszczenia ich w zakładzie zamkniętym. Ponadto matka była przypuszczalnie — schizoidem. (Dr. Brunowa). A zatem córki odziedziczyłyby usposobienie do schizofrenji od obojga rodziców. Można by było kwestję uważać za rozwiązana w ten sposób, że córki odziedziczyły usposobienie do schizofrenji od ojca bez korrelacji do grup serologicznych, a od matki korrelatywnie. Przytem nasuwa się nowe zagadnienie. Rüdin wykazał trudności prób rozpatrywania dziedziczności psychoz z punktu widzenia mendelizmu. Raczej należałoby uważać, że usposobienie do schizofrenji jest cechą złożoną, zależną od większej ilości genów. Być może grupy krwi dziedziczą się korrelatywnie z niektóremi określonemi genami, warunkującemi usposobienie do schizofrenji. A w takim razie głębsza analiza podobnych rodzin przy jednoczesnem badaniu grup serologicznych mogłaby, można przypuszczać, dać dużo ciekawych faktów.

W przypadku siódmym zostały zbadane tylko dwie siostry. Rodzice dawno zmarli. Rodzieństwo to o tyle jest ciekawe, że jedna siostra (z grupą A) przechodziła w Warszawskiej Klinice Psychjatrycznej parokrotnie stan manjakalny w przebiegu psychozy okresowej, natomiast druga (z grupą B) dotychczas pozostaje w Klinice z powodu schizofrenji. Ponadto ojciec ich był syntonikiem, matka natomiast schizoidem. Musimy zaznaczyć, że ponieważ siostry te mają cechy A i B, które są dominujące, musieli je mieć i rodzice, lecz oczywiście niewiadomo w jakiej koncepcji: czy jedno AB, a drugie jakbądź inną grupę, czy jedno A, a drugie B. Byłoby rzeczą niezmiernie interesującą, gdyby ojciec (syntonik) miał cechę A, a matka (schizoid) cechę B.

W przypadku ósmym — 3-ch braci imbecylów posiadają wszyscy grupę O. Rodzice nie mogli być zbadani.

W przypadku dziewiątym dwóch braci, chorych na schizofrenję, oraz zdrowa matka i siostra posiadają jedną grupę, a mianowicie: B. Obarczenie dziedziczne tylko ze strony ojca: ojciec i dziad alkoholicy; matka ojca cierpiała na schizofrenję paranoidalną. Ojciec, który nie żyje, mógłby mieć również grupę B. W tym przypadku rodzina ta byłaby o typie pierwszych trzech rodzin. Oczywiście o grupie ojca w tej rodzinie wnioskować nic nie możemy. Podaję tę rodzinę ze względu na dwóch braci chorych na schizofrenję i posiadających jedną grupę.

Po wykorzystaniu całego dostępnego materjału na tem narazie ograniczam swoje badania.

Muszę przytem zaznaczyć, że rodziny 1, 4, 6 i 7 pod względem psychjatrycznym, były dokładnie zanalizowane i opublikowane przez Dr. Brunową. Chorzy natomiast rodzin 3, 8 należą do materjału szpitala Tworkowskiego.

Gromadzenie odnośnego materjału nasuwa szereg trudności czasem nie do przezwyciężenia, a mianowicie: uzyskanie zgody zdrowych członków rodziny na pobranie u nich paru kropli krwi, lub u umysłowo chorego, pozostającego poza szpitalem; konieczność podróży do innych miast po próbki krwi; wyszukiwanie odpowiednich rodzin; niemożność pobrania krwi u nieżyjących członków rodziny i t .p.

Przy zestawieniu wszystkich 9-ciu zbadanych rodzin stwierdzamy, że w 1-ej, 4-ej, i 8-ej po troje chorych, w 2-ej 3-ej, 6-ej 9-ej po dwoje chorych mają jednakową grupę krwi, natomiast niemamy w tych 9-ciu rodzinach ani jednego przypadku jednoimiennej psychozy, którąby dotyczyła w poszczególnej rodzinie przedstawicieli różnych grup serologicznych. W dwóch tylko przypadkach (6, 7) stwierdziliśmy chorobę umysłową w poszczególnej rodzinie u przedstawicieli różnych grup, lecz i w obu tych przypadkach chorzy cierpieli na psychozy różnoimienne.

Na tym szczupłym materjale muszę się ograniczyć do podania faktów, wstrzymując się z wypowiedzeniem daleko idących konkretnych wniosków. Niemniej jednak, uważam, iż można stwierdzić co następuje:

1) Są przypadki, w których można stwierdzić jednoczesność dziedziczenia schizofrenji i konstytucyjnych cech serologicznych krwi (niezależnie od grupy krwi, przy której stwierdza się psychozę).

2) Można przypuszczać, że na podstawie badania cech serologicznych rodzin, w których rodzice mają grupy różne, a jedno z nich cierpi na chorobę umysłową, znajdziemy, być może, punkt oparcia w rokowaniu co do możliwości choroby umysłowej u dzieci.

Na zakończenie muszę zaznaczyć, iż tylko celem zapoczątkowania badań w tym kierunku postawiłem zagadnienie w tak pierwotnej postaci, gdyż trudno przecie zestawiać dziedziczenie cech podlegających prawom Mendla z schizofrenją jako całością, która jest przypuszczalnie złożona z większej ilości genów. Lecz sądzę, że to prymitywne zestawienie faktów w naszych badaniach (szczególnie rodziny 4, 6 i 7) orjentuje nas, iż warto w tym kierunku pogłębiać badania, nie ograniczając się przytem tylko do rodzin o silnem obarczeniu chorobami umysłowemi, lecz i szczegółowo analizując rodziny chorych z rodzicami pozornie zdrowymi.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. W. MEDYŃSKI. Kraków.

O eunuchoidyzmie *).

Dzisiejsza medycyna a psychjatrja w szczególności znajduje się pod znakiem konstytucji. Na granicy morfologji i chemji organizmu pracuje wspaniały układ gruczołów dokrewnych, falujących *in plus* lub *in minus*, co pociąga za sobą wybitną zmienność profilów psychicznych. Mówi się coraz więcej i częściej — a są to dopiero pierwociny — o związku budowy ciała i charakteru. Bjologja usuwa mury cichych pracowni psychologicznych, mierzy się i waży umysłowo chorych! Lecz do rzucenia światła na istotę wielu chorób umysłowych droga jest jeszcze daleka; badania konstytucyjne wprowadziły do psychjatrji nowy ożywczy powiew, a wraz z dociekaniami nad zaburzeniami w gruczołach dokrewnych rokują im dobrą przyszłość.

Dzisiejsze rozważania o eunuchoidyzmie ten cel właściwie mają, cel powiązania studjów bjologicznych i psychologicznych nad Eunuchoidyzmem z problemami ogólnymi.

Dwa są zasadnicze problemy, na które eunuchoidyzm może rzucić światło. Pierwszy to związek określonej budowy ciała z pe-

*) Według odczytu, wygłoszonego w Tow. Neurol. w Krakowie.

wnemi właściwościami psychicznemi, drugi — to wpływ grucz. płciowych w okresie dojrzewania na kształtowanie się tych lub innych profilów psychicznych.

W tym celu choćby pobieżnie należy przypomnieć sobie obraz kliniczny eunuchoidyzmu i należy uwzględnić w tym obrazie, może zamało dotąd akcentowaną, stronę charakteru eunuchoidalnego, by móc później wyciągnąć z tych rozważań odpowiednie wnioski.

W r. 1894 Griffiths i Druckworth wprowadzają do piśmiennictwa pojęcie „Eunuchoidyzmu", który poznaliśmy bliżej dzięki pracom Tandlera, Grossa i Sterlinga. Te same obrazy chorobowe dawniej nazywano dysgenitalizmem, infantilizmem z gigantyzmem, dystrophią adiposo-genitalną i t. d. — słowem nazwy były symptomatyczne a odnosiły się do najczęstszej i najcharakterystyczniejszej cechy. Gdy niedorozwój płciowy wyraża się w formie wybitnej mówimy o eunuchoidyzmie w odróżnieniu od mniej wybitnych postaci czyli t. zw. płciowych infantilizmów lub hypogenitalizmów. Ten stan najczęściej jest objawem konstytucyjnego ogólnego stanu hipoplastycznego (*„status hypoplasticus"*).

Stan infantylizmu organów płciowych męskich łatwo poznać: prącie jest małe, zanikowe, jądra są wielkości bobu lub jeszcze mniejsze, a oprócz tego zachodzi niedorozwój gr. krokowego. Jednocześnie występuje niedorozwój wtórnych cech płciowych: zły porost włosów na brodzie i pod nosem oraz na wzgórku łonowym.Życie płciowe w pewnych razach jest nieco tylko osłabione, kiedyindziej występuje znaczne obniżenie siły płciowej.

U kobiet infantylizm płciowy nie tak wybitnie występuje na zewnątrz, ile raczej w czynnościach kobiecego narządu płciowego. I tu jednak na zewnątrz można dostrzec, że biodra nie zakrywają org. zewn. płc., srom jest głęboki, nieco ziejący, org. płc. słabo uwłosione, pochwa wąska. Często macica niewielka. Niedorozwój wtórnych cech płciowych wyraża się w słabo rozwiniętych gruczołach mlecznych. Szczególnie wybitnie hipogenitalizm wyraża się w czynnościach kobiecego aparatu płciowego.

Rozwój dojrzałości płciowej późni się, miesiączki są niezbyt obfite, spóźnione, często dysmenorrhea, nieżyt szyjki macicznej i ciąża pozamaciczna. *Coitus* wskutek vaginizmu utrudniony.

W eunuchoidyzmie cechy infantilne są wybitnie zaznaczone. Konstytucyjnie idąc za Tandlerem i Grossem odróżniamy dwa typy: 1) eunuchoidyzm olbrzymów oraz 2) eunuchoidyzm otyłych, co do czasu powstawania — eunuchoidyzm wczesny, czyli pierwotny, oraz eunuchoidyzm wtórny lub późny. Wczesny eunuchoidyzm objawia się już w dzieciństwie w postaci silnego stanu hipoplastycznego. Późny eunuchoidyzm szczególnie wybitnie występujący u mężczyzn jest procesem wstecznym, skutkiem zaniku gruczołów płciowych u osób dotąd w sensie płciowym normalnych.

W eunuchoidyzmie wczesnym zwraca uwagę u mężczyzn wysoki wzrost i mała głowa. Tarczyca jest niewielka, grasica pozostaje. Często *genua valga*.

W późnym eunuchoidyźmie w stosunkowo krótkim czasie członek, worek i jądra tak kurczą się i zmniejszają, że stają się mało widoczne, zdala zdawać się może, że mamy do czynienia z hermafrodytą. Zanikowi ulega też i stercz, jednocześnie zahamowane są i czynności płciowe może być zupełna niemoc, przytem i *libido* jest znacznie osłabione. Powoli chorzy z wyglądu zaczynają przypominać typowych trzebieńców. Etjologię wczesnej formy eunuchoidyzmu sprowadza się do obniżonej czynności grucz. płciowych, mianowicie — części śródmiąższowej, czyli t zw. „Pubertätsdrüsen" — Steinacha; późna forma eunuchoidyzmu nie jest dotąd dostatecznie wyjaśniona. W pewnych razach przyczyną zaniku jąder są urazy worka mosznowego, w innych schorzenie rzeżączkowe lub przymiotowe jąder, wreszcie znane są stwardnienia wielogruczołowe (tarczycy, grucz. płciowych, nadnerczy i przysadki) występujące niekiedy po schorzeniach zakaźnych. W pobliżu tych form stoi t. zw. *„Dystrophia adiposogenitalis"*, związana ze schorzeniem przysadki mózgowej, szczególnie jej części środkowej. Typy konstytucyjne eunuchoidyzmu wysokich i tęgich mają swe charakterystyczne kształty. Eunuchoida olbrzyma cechuje pewna dysproporcja, mianowicie wzmożony wzrost wzdłuż, ten eunuchoid ma długie kończyny górne i dolne, chrząstki przy nasadzie długo nie kostnieją, miednica zmieniona w kształcie, *genua valga* jak u właściwych trzebieńców. Mniej wyraźny niestosunek szkieletu występuje w otyłej postaci eunuchoida, tu tłuszcz wysuwa się na czoło obrazu, i to w miejscach predelekcyjnych jak u trzebieńców, t. j. na górnych powiekach, na piersiach *(Gynaekomastia)*, w podbrzuszu, na talerzach biodrowych, na pośladkach itp. Doskonały znawca eunuchoidyzmu Sterling podkreśla mieszanie się tych cech w obrazach eunuchoidyzmu, uważając, że najważniejszą jest aplazja lub hipoplazja organów płciowych. W odróżnieniu od trzebieńców niedorozwój lub zły rozwój org. płc. jest tu cechą konstytucyjną. Członek mały, jądra groszkowate lub wcale niemacalne, worek mosznowy przykurczony. Wtórnych cech płciowych brak: twarz i broda bez włosów, zarówno jak piersi i kończyny. Nad wzgórkiem łonowym i pod pachami owłosienie nader skąpe, głos wysoki — sopranik lub dyszkancik — krtań dziecięca.

Twarz blada, skóra delikatna, mimika twarzy b. ograniczona, szczegół, który w wybitnym stopniu stwierdziłem u pięciu obserwowanych eunuchoidów, a który wraz ze Sterlingiem uważałbym za patognomiczny dla obrazu eunuchoidyzmu.

Twarz eunuchoidów wcześniej pokrywają zmarszczki i fałdy, które według pewnych autorów (Casting, Biedl) nadają im cechy starcze. W naszych przypadkach eunuchoidzi mieli zmarszczek niewiele, a te które były nadawały twarzom tym raczej cechy kobiece niż starcze. Wszyscy wyglądali o kilkanaście lat młodziej, natomiast młodzi eunuchoidzi wyglądali nieco starzej, niż to odpowiadałoby ich wiekowi. Do częstych objawów eunuchoidyzmu należy *thymus persistens*. — Czyste przypadki eunochoidyzmu są te, w których innych zaburzeń w gruczołach dokrewnych nie wykazano, n. p. Roentgen nie wykazuje zmian w przysadce, która stale n. p. powiększa się u trzebieńców. Tarczyca najczęściej jest niemacalną, natomiast dość często obserwujemy u eunuchoidów cechy degeneracyjne, jak pigmentację tęczówki, prognatyzm, wzgórek darwinowski i t. p.

Upośledzenie płciowe eunuchoidów może iść w trzech kierunkach: 1) gdy popęd płciowy nie powstał wcale i niema erekcji, 2) gdy istnieje zdolność coeundi bez generandi, i 3) gdy brak libido, choć istnieje możność spółkowania.

Na specjalną uwagę w analizie budowy ciała eunuchoida zasługuje kościec.

W odróżnieniu od spóźnionego eunuchoidyzmu Falby, wczesny eunuchoidyzm charakteryzuje długość kończyn z przewagą kończyn dolnych. Wymiar górnych kończyn od wierzchołków czaszki do spojenia łonowego w stosunku do wymiaru od spojenia do stóp ma się przeciętnie jak 100:125. Ta cecha odróżnia też wybitnie eunuchoidyzm od infantilizmu.

U eunuchoidów młodocianych wzrost kończyn uwarunkowany jest tem, że linje epifizarne, jak to Roentgen wykazuje, pozostają przez czas dłuższy otwarte.

Miednica szeroka, odległość pomiędzy dwoma grzebieniami kości biodrowych przeważa nad innemi wymiarami. Szerokość miednicy i przeniesienie punktu ciężkości na stawy kolanowe powoduje tak często obserwowane w eunuchoidyzmie *genua vulga*.

Jedna z obserwowanych przez nas chorych — epileptyczka, miała skośny przebieg obojczyków oraz wysokie ustawienie stawów barkowych (t. zw. postać gwardzistów). Ramiona i przedramiona wykazywały u niej kształt bardziej cylindryczny. Wyraz twarzy był aseksualny, z przewagą wirylizmu.

Eunuchoidyzm znosząc wtórnie cechy płciowe, niweluje typ płciowy. W eunuchoidyzmie kobiecym słabiej zaznaczone są cechy męskie, niż w eunuchoidyzmie męskim — kobiece. W dwu przypadkach prześwietlonych siodło tureckie okazało się bez zmian, w jednym nawet istniało podejrzenie raczej w kierunku zwężenia, w jednym zaś znaczne powiększenie. Co się tyczy skarg z któremi eunuchoidzi najczęściej się zgłaszają, to mają one charakter dolegliwości natury neurastenicznej, więc uczucie hełmu na głowie, opacznych czuć w postaci mrowienia. przypływu gorąca do twarzy i całego ciała, silnego pocenia się, drżenia rąk, dermografji, i in. objawów naczynioruchowych oraz częstych dolegliwości żołądkowych.

Eppinger i Hess stwierdzili w eunuchoidyzmie cechy vagotoniczne.

Z powikłań obserwowanych przez nas w eunuchoidyzmie w jednym przypadku była padaczka, w jednym Basedovoid, u młodego eunuchoida wystąpiło złośliwe cierpienie gruczołów limfatycznych szyjnych *(lymphosarcoma)*. Na uwagę zasługiwałaby jeszcze wyodrębniona przez Tandlera postać eunuchoidyzmu poprzedzająca okres dojrzewania płciowego, — postać przemijająca, którą cechuje znaczna otyłość; tworzy się wał charakterystyczny ponad spojeniem łonowem. Skóra miękka, ogólny typ kobiecy.

Z postaci chorobowych najbliżej stojących eunuchoidyzmu należy wymienić „przypadkową otyłość" Fröhlicha, którą Barlels nazwał *dystrophia adiposogenitalis*. I tu występuje brak miesiączki, zanik narządów płciowych, brak libido, otłuszczenie, niedostateczne owłosienie; u mężczyzn kształtuje się typ kobiecy. Fröhlich wiąże to schorzenie ze zmianami nowotworowemi w okolicy przysadki mózgowej, lub też z surowiczem zapaleniem opon w tej okolicy, które to cierpienie klinicznie przejawia się prócz objawów ogólnomózgowych, w postaci zaburzeń wzroku o charakterze hemianopsji bitemporalnej oraz charakterystycznemi zmianami siodła tureckiego (rozszerzenie lub zniszczenie).

Eunuchoida więc cechuje t. zw. tryjada dystroficzna: specyficzna otyłość, uwłosienie oraz aplazja narządów rozrodczych, ze zmniejszeniem się lub zniesieniem ich czynności. Otyłość jest o tyle charekterystyczna, że w odróżnieniu od *dystr. adip. gen.* nie jest ogólną, lecz miejscową. Tłuszcz gromadzi się w miejscach predylekcyjnych, jak w okolicy sutków, powłok brzusznych,

podbródka oraz grzebienia kości biodrowej. Owłosienie pod pachami i nad spojeniem łonowem jest nader skąpe, na twarzy brak go zupełnie, niekiedy u męzkich eunuchoidów przypomina ono uwłosienie starych kobiet i kastratów, a więc w postaci pojedynczych włosków na podbródku i na miejscu przejścia górnej wargi na policzek. Zasługuje na baczniejszą uwagę psychika eunuchoida.

Od całkowitego trzebieńca poprzez eunuchoida do normalnego człowieka pnie się jeszcze cała drabina szczebli. Trudno ją ująć biologicznie, oceniają ją badacze z punktu widzenia psychopatologji. Hirszfeld obserwował eunuchoidów z dobrą inteligencją i niezłą pamięcią. Jego chorzy byli skromni i przyjemni. Falta opisując postaci t. zw. „Spät Eunuch" nie zauważył u nich zaburzeń w inteligencji, natomiast podkreśla ich nierówność, drażliwość, gniew i kłamstwo. Według Kraepelina eunuchoidzi odznaczają się słabym rozumieniem, małą pobudliwością umysłu, trudnością orjetacyjną, niesamodzielnością, słabą wolą i suggestyjnością. Doskonały znawca wydzielania wewnętrznego Peritz, zalicza eunuchoidów do infantilizmu, który charakteryzuje jako zespół cech dziecięcych u osobnika, który dzieckiem być przestał. Dziecięctwo cechuje wzrost, brak czynności płciowej i psychika dziecka.

Zatrzymanie tych cech u dorosłego wybija na nim piętno infantilizmu.

Psychicznie eunuchoid jest egocentryczny, suggestyjny, niekonsekwentny, niezdecydowany, podejrzliwy, często apatyczny, niezdolny do skoncentrowania się w żadnym kierunku. Aparat hamujący, który równomiernie rozwija się z dojrzewaniem normalnego człowieka tu ulega spaczeniu.

Peritz powiada, że im dłużej człowiek dojrzewa, tem dłużej pozostaje dzieckiem. Eunuchoid albo nie dojrzewa wcale albo zatrzymuje się na pewnym stopniu niewysokim dojrzałości, by szybko cofnąć się znów wstecz.

To też słusznie zauważył Hirszfeld, że psychika eunuchoida idzie w kierunku psychicznego i psychosexualnego infantilizmu.

Sterling w monografji pod tyt. Studja kliniczne nad Eunuchoidyzmem dzieli na zasadzie własnego doświadczenia Eunuchoidów na trzy typy psychotyczne: 1) pod względem intelektualnym normalny lub prawie normalny, spokojny, towarzyski, łagodny nieco nawet altruistyczny, zrezygnowany — i to zdaje się szczerze — w stosunku do swych defektów płciowych. Deprysyjny, nieco apatyczny, leniwy i bierny. Typ 2) Głuptak dostosujący się doskonale do życia: pamięć ma może niezłą, lecz zasób wyobrażeń b. szczupły, pojęć niewiele, oraz znaczne braki w wyższych kategorjach psychicznych, jak w sądzie i wnioskowaniu.

Pod względem emocjalnym stwierdza Sterling — co zgadza się z naszemi obserwacjami we wszystkich przypadkach znaczne stępienie.

Typ 3) nazywa Sterling pasorzytniczym, charakteryzując go upośledzeniem zmysłu orjetacyjnego, zaburzeniem pamięci, ograniczeniem zasobu wyobrażeń i pojęć oraz absolutnem niedołęstwem życiowem. Oba ostatnie typy w stosunku do braków sfery płciowej cechuje nieszczera rezygnacja, oraz niechęć do omawianego przedmiotu. W naszych przypadkach tylko troje zgodziło się na zdjęcie fotograficzne, żaden na demonstrację. Znamienną jest rzeczą, że nie zaburzenie w inteligencji wysuwa się na czoło profilu psychol. eunuchoida. Krisch obliczył nawet, że 40% eunuchoidów ma zupełnie normalną inteligencję, o wiele wybitniej zaburzenia występują w dziedzinie nerwowo-popędowej. Horyzont eunuchoidów jest ciasny, brak im inicjatywy, przedsiębiorczości i rozmachu.

Weil mówi o eunuchoidach, że są to pracowici ludzie, którzy spełniają swe obowiązki zawodowe, zdobywając nieraz poważanie i uznanie, za swą szczerość, prostotę i skromność.

Liczni badacze eunuchoidyzmu zwracają uwagę na częstość występowania u eunuchoidów napadów padaczki. Ujmując ten związek konstytucyjnie należałoby się zwrócić do Kretschmerowskiego typu dysplastycznego. Formuła wewnętrznego wydzielania, jak mówi Tandler, wywiera znaczny kształtujący się wpływ na konstytucję indywidualną. Stern jeszcze przed dwudziestu laty podkreślił eunuchoidalną otyłość u padaczkowych, Kretschmer zaś wiąże dysplastyczną budowę ciała z charakterem schizotymicznym.

Jakkolwiek charaktery epileptyków i eunuchoidów zasadniczo są różne, to jednak nie brak im też i cech wspólnych, jak drażliwości, pedanterji, egocentryzmu, zwężenia horyzontów myślowych oraz dewocji.

Fischer wręcz powiada, że może mieć eunuch cechy epileptyczne bez charakteru epileptycznego, który jest u niego negatywny, gdyż w stosunku do socjalnego w pewnym stopniu epileptyka — eunuchoid jest wybitnie asocjalny, a brak ten Fischer wyjaśnia wypadnięciem czynności gruczołów płciowych. W „Psychopathologie der Keimdrüsenstörungen" Kretschmer podkreśla fakt, że odsetek indywiduów z całkowitym lub częściowym eunuchoidyzmem w schizofrenji jest dość duży, gdy w psychozie cyrkularnej jest nikły. Z materjału przez nas zbadanego stwierdziliśmy prawie u 50% schizofreników cechy infantilne i eunuchoidalne, co potwierdzają badania histo-patol. (Moll. Frenkel, Hanek, Keller i in.) gruczołów płciowych u schizofreników. Kretschmer zaznacza, że eunuchoidzi w objawach i rozwoju życia wykazują liczne analogje ze schizofrenikami. Cechy charakteru schizofrenicznego u eunuchoidów z jednej strony, z drugiej eunuchoidalne cechy budowy ciała zarówno w astenicznych jak i dysplastycznych konstytucjach, dziś, w okresie żywego zainteresowania się schizofrenją muszą budzić daleko idące nadzieje w kierunku zgłębienia patogenezy schizofrenji. Niema skali temperamentów eunuchoidalnych, jest tylko jedna flegma, apatja, z odcieniem depresji. Egocentryczny, zamknięty w sobie, nieufny, i podejrzliwy, żyje eunuchoid w odosobnieniu, realizując swe pragnienia w niezbyt bujnej fantazji. Wypadki toczące się dokoła niego interesują go tylko o tyle, o ile wiążą, się z jego „ja". Na stanowiskach samodzielnych szybko załamują się, lub wykorzystują niekiedy znacznie rozwinięty spryt, by przemycić się przez życie. Bezwolni, dający się powodować, chwilami drażliwi i wybuchowi od dzieciństwa po przez życie idą wiecznie niespokojni, zatrwożeni i lękliwi. Brak popędu płciowego, lub też bardzo słaby popęd wybijają na całem życiu eunuchoidów piętno zgrzybiałości.

Badania nasze nad węchem i smakiem eunuchoidów, pozwalają i w tym kierunku myśleć o obniżonej sprawności tych zmysłów.

Scheik — niemiecki badacz eunuchoidyzmu, mówi o braku u nich wyższych uczuć „gdy w psychice panuje niezrozumienie miłości nie budzą się tendencje altruistyczne, gdy popęd nie może się uwznioślić, gdy nie czuwa eros twórczy, nie może się rozwinąć wyższe życie uczuciowe".

W żadnem zaburzeniu gruczołów dokrewnych związek falowań psychiki ze zmianami w wewnętrznym wydzielaniu nie jest tak wybitny, jak w eunuchoidyzmie.

I niech mi wolno będzie zakończyć te krótkie rozważania nad eunuchoidyzmem parafrazą myśli kantowskiej: „Mózg bez gruczołów dokrewnych jest pusty, gruczoły bez mózgu są ślepe". —

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. W. MIKLASZEWSKI. Warszawa.

Gruźlica szpitalna.

Wiemy dobrze z praktyki szpitalnej jaki balast stanowią chorzy nieuleczalni i dotknięci cierpieniami pospolitemi. Szpital chce być przedewszystkiem zakładem leczniczym, chce przyczyniać się do zwalczania i usuwania chorób i podniesienia odsetka tych, którzy odzyskać mogą zdrowie. Na drugiem miejscu stoją chorzy, budzący zainteresowanie lekarza czy to pod względem rozpoznawczym, czy leczniczym. Na dalszych miejscach stoi między innemi chory, jako jednostka, wymagająca oddzielenia od zdrowego środowiska.

Do najmniej pożądanych pacjentów należą w szpitalu gruźlicy. O ile chodzi o gruźlicę płuc, dyskwalifikuje się pierwsze okresy choroby, jako wymagające czystego powietrza i dobrego żywienia, których szpital nie może zapewnić; późniejsze okresy choroby, zwłaszcza gruźlicę rozpadową, usuwa się często ze szpitali ze względu na bezpieczeństwo innych chorych. Tak dzieje się od dziesiątków lat. Lekarze włożyli się tak dalece do tego trybu, że nieraz nie uwzględniają, iż taki chory staje się rozsadnikiem gruźlicy w środowisku, w którem pozostaje. Jednak brak miejsc szpitalnych tłumaczy ten stan rzeczy w znacznej mierze. Gdzie tych miejsc jest dosyć, n. p. w Wielkopolsce, odsetek gruźlików szpitalnych podnosi się znacznie. Gdyby jednak do wszystkich szpitali przyjmować gruźlików bez ograniczeń i trzymać ich po parę miesięcy, inni chorzy nie mieliby już dostępu.

W referacie, wygłoszonym na IV. Zjeździe Lekarzy i Działaczy Sanitarnych w Wilnie p. n.: „Rola szpitala w społecznej walce z gruźlicą", zobrazowałem ten stan rzeczy, na podstawie 151,517 kart statystycznych z całej Polski z lat 1923 i 1924, i na zasadzie sprawozdań miesięcznych o ruchu gruźlików w szpitalach, obejmujących $67^1/_2$ tysiąca tych chorych. Odsetek gruźlików wynosi z ogólnej liczby chorych szpitalnych 10.85% mężczyzn i 8.1% kobiet.

Co do wieku najwyższe odsetki wypadają na okresy:
Od 11 do 20 r. ż. u mężczyzn 28.7%, u kobiet 28.5%.
Od 21 do 30 r. ż. u mężczyzn 26.4%, u kobiet 32.2%.

Nie odpowiada to składowi ludności. Dzieci jest zamało (10.2% i 8%), czyli chorują one w domu; starców jest bardzo mało, czyli nie są oni przyjmowani do szpitala.

Pod względem wyznania % katolików, prawosławnych i protestantów odpowiada mniej więcej składowi zaludnienia, ży-

dów zaś jest większy (16.5% i 14.4%). W szpitalach żydowskich % gruźlików wynosi 14.5% mężczyzn i 16.4% kobiet, czyli więcej, niż u ogółu; pozatem dużo żydów leczy się w innych szpitalach. Nie przemawia to za mniejszą zapadalnością ich na gruźlicę, o ile warunki przyjmowania do szpitala są jednakowe.

Wśród gruźlików szpitalnych przeważają bezżenni (63% i 56.5%). To znaczy, że związki małżeńskie są opóźnione prawdopodobnie na skutek choroby. Odsetki wdowców (3.7%) i wdów (8.9%) są wyższe, niż u ogółu ludności.

Pod względem wykonywanego zawodu spotykamy: 1) wyrobników 17.5% i 19%, czyli więcej, niż wypadałoby ich ze składu zaludnienia; jednak jest to tylko część, bo szpital jest dla nich za drogi. 2) robotników jest 11.5% i 7.6%, czyli mniej, niż % zaludnienia. 3) rzemieślników jest 16.3% i 10.9%, czyli za dużo, prawdopodobnie w związku z chałupnictwem. 4) rolników jest 20.1% i 15.9%, gdy odsetek zaludnienia wynosi 72%. 5) służby jest 8.1% i 9.3%, co wskazuje na większą łatwość dostawania się do szpitala, podobnież jak u 6) handlowców (7% i 12.5%) i 7) zawodów, wyzwolonych (8.8% i 11.3%).

Wogóle szpital obsługuje przeważnie klasy lepiej zabezpieczone materjalnie, a chorzy z klas biednych, pozostają w znacznej mierze wśród rodzin.

Gruźlicy szpitalni pochodzą pod względem stałego miejsca zamieszkania z miejsc:

1) gdzie się znajduje szpital 38.4% i 40.9%.
2) z miast okolicznych 12.1% i 11.2%.
3) ze wsi tegoż okręgu 35.6% i 37%.
4) z Województwa ościennego 11.4% i 8.9%.
5) z Województwa odległego 2.2% i 2%, a więc szpital ma w walce z gruźlicą znaczenie przeważnie lokalne.

Pobyt gruźlika w szpitalu wynosi:
poniżej 11 dni (przeciętnie 2 i pół) 32.1% i 33.8%
11 do 20 dni (przec. 14 dni) 21.1% i 20.2%
21 do 30 dni (przec. 23.5) 15.2% i 13.8%
powyżej 30 dni (przec. 45) 31.6% i 31.2%.

Pierwsza grupa to przeważnie gruźlicy płucni, usuwani po rozpoznaniu choroby; druga — gruźlicy płucnej, wypisywani po ustąpieniu najważniejszych objawów; trzecia — gruźlica chirurgiczna, a czwarta — chirurgiczna i wilk. Przeciętny pobyt gruźlika wynosi 22 dni szpitalne, czyli krócej, niż innych chorych. Gruźlik płucny pozostaje w szpitalu przeciętnie 8 dni.

Pod względem umiejscowienia gruźlicy panują następujące stosunki:

1) gruźlica płuc wynosi 42.4% i 45% przeciętnie, mianowicie w b. Galicji 33.5% i 36.5%, w Warszawie 49.4% i 54.2%, w Poznańskiem 53.6% i 58.7% i t. d. W dużych miastach jest jej więcej, w powiatowych — mniej. Stosunek gruźlicy płuc do gruźlicy innych narządów wynosi w szpitalach 1:2; ponieważ zaś wśród ogółu ludności wynosi on 7 do 8·1, przeto przez szpital przechodzi zaledwo 1/16 do 1/24 ogółu gruźlików. Daje to możność obliczenia przybliżonej liczby gruźlików w Polsce, co przedstawiam w innej pracy. Okresów początkowych gruźlicy płuc szpital nie trzyma, więc potrzebne są sanatorja ludowe; rozwiniętą i rozpadową gruźlicę trzyma zakrótko, więc potrzebne są schroniska i baraki do oddzielenia tych chorych.

2) Gruźlicy chirurgicznej jest w szpitalach 25.8% mężczyzn i 23.4% kobiet, czyli bardzo dużo.

3) Gruźlicy skóry jest dużo (4.4% i 7%) zwłaszcza w niektórych dużych szpitalach (Lwów).

4) Gruźlicy mózgu i opon 2.5% i 1.9%.

5) Gruźlicy jelit i otrzewnej 3.1% i 5.4%.

Innych umiejscowień gruźlicy spotyka się w szpitalach stosunkowo mało.

W szpitalach umiera 18.4% i 13.2% ogółu gruźlików, czyli znacznie więcej, niż ogółu chorych i więcej niż wynosi odsetek gruźlików. Z nich przypada zgonów na:

	Gruźlica płuc	Mózgu	Chirurgiczna	Jelit	Gruczołów
u mężczyzn	62,7%	11,7%	13,9%	4,2%	2,5%
u kobiet	56,1%	10,2%	19,9%	5,3%	2,2%

W stosunku do liczby chorych najwięcej umiera z gruźlicy mózgu (78.5%), jelit (25%) i płuc (23.4%). Pod względem wieku zgony układają się jak następuje:

	11 r. ż.	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	70
Mężczyzn	8,9	15,8	25,2	17,2	17,6	8,7	4,7	1,7%
Kobiet	10,1	19,6	32	17,8	8,8	6,5	4,1	1,1%

Przy uwzględnieniu liczebności grup wypada największa śmiertelność pomiędzy 41 a 50 r. ż. i po 70 r. ż.

Pod względem długości pobytu zmarłych w szpitalu odsetki nie różnią się zbytnio od liczby dni chorych.

Śmiertelność z gruźlicy jest większa wśród stałych mieszkańców osiedla (53.4% i 58.5%) niż wśród przyjezdnych, (z miast 11.2% i 9.6%, ze wsi 26.4% i 24.5%), czyli szpital ma znaczenie przeważnie lokalne.

Jak widać z tych zestawień, które omawiam obszerniej w innej pracy, szpital zadowala tylko w nieznacznym stopniu żywotne potrzeby gruźlików i to prawie wyłącznie z zakresu ich leczenia. Oddzielanie gruźlików niebezpiecznych dla otoczenia jest wykonywane przez szpital w bardzo skromnym zakresie, nie zadawalającym nawet 1/100 rzeczywistego zapotrzebowania.

A. KUHN. Lwów.

Kolonje wakacyjne zorganizowane w Województwie lwowskiem.

Kolonje wakacyjne czyli kolonje letnie służą w pierwszym rzędzie skrzepieniu młodzieży i eliminowaniu tych szkód, które młodzież (głównie szkolna) poniosła na zdrowiu przez życie w niehigjenicznych warunkach mieszkaniowych i szkolnych miast; w drugim rzędzie dopiero służą one leczeniu chorób, które rozwinęły się wskutek tych szkodliwych warunków higjenicznych.

Mając ten cel kolonji przed oczyma łatwo skonstruować ich ścisły związek z akcją zwalczania gruźlicy i w tym sensie zawsze pojmowano znaczenie kolonji. Ministerstwo Pracy i Opieki Społ. reskryptem z 20. marca 1925 wyraźnie zwróciło uwagę na gruźlicę jako wskazanie do urządzania kolonij letnich.

Z dat, któremi rozporządza Wojewódzka Komisja dla spraw kolonij letnich, opracowałem zestawienie porównawcze ruchu kolonij w latach 1922—1925.

	1922	1923	1924	1925
Subwencjonowano kolonje	40	27	22	34
Liczba instytucyj subwencjonowanych	19	9	6	15
Liczba ogólna uczestników kolonji	3035	1512	1742*	1767**
Liczba chłopców na kolonjach	1800	854	830*	759**
„ dziewcząt „ „	1235	658	912*	1008**
Liczba uczestników kolonji leczniczych	606	343	442*	311**
„ „ wypoczynkowych	1989	1045	1300*	1287**
„ „ półkolonji	440	124	—	169**
Ogólny państw. kredyt Woj. Kom. we Lwowie	6,084.100 M	18,216.000 M	5.000 zł	8.250·— zł
Ogółem wydano subw.	6,084.100 M	17,469 860 M	5.000 zł	7.222·50 zł
Subwencja jednostkowa dla kol. leczniczej	3.950 M	18.650 M	7·— zł	7·— zł
„ wypoczynkowej	1.634 M	11.190 M	4·50 zł	4·50 zl
„ półkolonji	470 M	1.000 M	— zł	0·50 zł

Wprowadzenie w r. 1922 w życie Rady dla spraw kolonij letnich przy Ministerstwie zdrowia publicznego i Komisyj Wojewódzkich podziałało ożywczo na ruch kolonij. Obiecywano sobie znaczną pomoc z funduszów państwowych i stąd liczne zrzeszenia, po części specjalnie dla organizowania kolonij zawiązane, projektowały wysłanie większych grup młodzieży na kolonje. Gdy się jednak okazało, że pomoc państwowa będzie stosunkowo skromna, znaczna część projektowanych kolonij odpadła i ostatecznie z subwencji państwowej w r. 1922 korzystało 40 kolonij, zorganizowanych przez 19 instytucyj.

Ta liczba kolonij w latach 1923 i 1924 spadła do 27 i 22. Przyczyna leży w znacznem pogorszeniu się stanu finansowego w społeczeństwie i w Państwie w r. 1923, kiedy to subwencja państwowa była minimalna. Będzie to wyraźnie widoczne, gdy podam, że w r. 1922 wydano z funduszów państwowych na cele kolonji zorganizowanych w Województwie lwowskiem sumę 1010 dolarów, a w r. 1923 tylko 89 dolarów. Z tej ostatniej sumy wypadało na jedno dziecko tytułem subwencji na cały sezon na kolonji leczniczej 10 ct. am., na kolonji wypoczynkowej 6 ct. amer., a na półkolonji 1/2 ct. amer. Ponieważ i społeczeństwo nie wiele mogło dać na kolonje, więc w r. 1923 kolonje nasze biedowały i to zniechęciło organizatorów, tem więcej, że w r. 1924 ustała także pomoc w prowiantach ze strony P. A. K. P. D. Zniechęcenie to wyraźnie odczuwała Komisja Wojewódzka w początkach r. 1924. i w tym roku spadła liczba kolonij zorganizowanych najniżej. Liczba dzieci, które w r. 1924 korzystały na kolonjach z subwencji państwowej, wynosiła tylko 941 (w latach poprzednich: 3035 i 1512).

W roku stabilizacji waluty (1924) rozdzielono na subwencje państwowe dla kolonij 965 dolarów na stosunkowo niewielką

*) Z tego subwencjonowano tylko 941 — a to: chłopców 510, dziewcząt 431; na kol. leczn. 230, na kol. wypocz. 711.

**) Z tego subwencjonowano tylko 1682 — a to: chłopców 683, dziewcząt 999, na kol leczn. 292, na kol. wypocz. 1258, na półkol. 132.

liczbę dzieci i to znowu zachęciło do pracy na polu kolonij wakacyjnych, tak że w r. 1925. nastąpił znaczny wzrost, gdyż korzystało z subwencji 1682 dzieci na 34 kolonjach. Suma rozdzielonych subwencyj państwowych w r. 1925 wynosiła 1358 dolarów.

Subwencja jednostkowa na 1 dziecko na cały sezon wynosiła w walucie dolarowej*).

w roku	kol. lecznicza	kol. wypocz.	półkolonja
1922	0·65	0·27	0·08
1923	0.10	0·06	0·005
1924	1·35	0·87	—
1925	1·31	0·85	0·10

Stosunek płci wśród uczestników kolonij był następujący (przyjmując liczbę chłopców na 100):

1922 — 100: 69
1923 — 100: 77
1924 — 100: 110
1925 — 100: 133

Widzimy z roku na rok wyraźny wzrost liczby dziewcząt w stosunku do liczby chłopców. Nie trudno jest wytłumaczyć to zjawisko mniejszemi trudnościami prowadzenia pod względem pedagogicznym kolonji dziewcząt, aniżeli kolonji chłopców, a z drugiej strony mniejszą skłonnością chłopców do spedzania czasu wakacyjnego w rygorze kolonijnym. Ale zapytać sie godzi, czy mamy ten objaw tolerować czy też działać przeciw niemu, czy więc mamy dążyć do tego, aby z kolonji korzystali więcej chłopcy aniżeli dziewczęta. Sądzę, że odpowiedź powinna wypaść na korzyść chłopców, głównie z tego powodu, że kolonja nie tylko daje zdrowie, ale także zaprawia do życia społecznego, który to moment mojem zdaniem więcej powinien wchodzić w rachubę u chłopców aniżeli u dziewcząt.

W kolonjach, które były w ewidencji Wojewódzkiej Komisji, stosunek uczestników kolonij leczniczych, wypoczynkowych i półkolonij był następujący (przyjmując liczbę uczestników kolonij leczniczych za 10):

1922 — 10 : 33 : 7
1923 — 10 : 30 : 4
1924 — 10 : 29 : 0
1925 — 10 : 41 : 5

Największą chwiejność liczby uczestników wykazują półkolonje; kolonje wypoczynkowe w ostatnim czasie wzmogły się. Zaznaczę tu, że w rozprawach Wojew. Komisji we Lwowie co do kolonij leczniczych były różne zdania: przeważały głosy, że są to kolonje, które przedewszystkiem zasługują na subwencjonowanie, ale były także głosy poważne za tem, aby mniej łożyć na kolonje lecznicze, gdyż bardziej celowe jest subwencjonowanie kolonij wypoczynkowych i półkolonij. Ze względu na to, że gruźlica szczególnie w wieku dziecięcym jest uleczalną, i że przez przywrócenie zdrowia osobnikom chorym na gruźlicę przysparzamy społeczeństwu jednostek może bardzo pożytecznych, nie mogę podzielać zdania tych, którzy radzą zaniedbać kolonje lecznicze. Ale jedno zastrzeżenie: kolonje lecznicze muszą trwać odpowiednio długo, conajmniej 8 tygodni, gdyż krótszy pobyt nie da poprawy stałej.

Subwencje z funduszów państwowych rozdzielano na dziecko i sezon na kolonjach różnych typów w następującym stosunku (licząc 1 na kol. wypoczynkowe):

	półkol.	kol. wypocz.	kol. leczn.
w r. 1922	0·3	1	2·4
w r. 1923	0·09	1	1·7
w r. 1924	–	1	1·55
w r. 1925	0·1	1	1·55

I z tego zestawienia okazuje się, że najstalszą pozycją w gospodarce kolonijnej były kolonje wypoczynkowe. Zainteresowanie Komisji Wojewódzkiej kolonjami leczniczemi, a szczególniej półkolonjami, upadało z roku na rok, tak że można przypuszczać, iż po latach ostoją się tylko kolonje wypoczynkowe, jak już wspomniano, w pewnych sferach uważane za najwięcej celowe.

Półkolonij w r. 1924 wcale nie uwzględniono przy rozdziale subwencyj. Chodziło tu o półkolonje m. Lwowa, którym zarzucano, że zbyt mało dają dla zdrowia uczestników i zbyt wielkim kosztem; podnoszono, że miejsca przydatne na odpoczynek i zabawy młodzieży są zbyt odległe od miasta i że stąd wynika duża strata czasu dla uczestników półkolonij, a zbyt krótki pobyt na świeżem powietrzu. Są to oczywiście zarzuty, które moga mieć rację co do półkolonij m. Lwowa, ale wogóle nie można półkolonij odsądzać od wartości, bo mają one tę wielką zaletę, że mogą służyć dziatwie miast ze sfer najuboższych jako najtańsze, a ta okoliczność, że dziecko biorąc udział w półkolonji nie wychodzi na dłuższy czas z pod nadzoru domowego, może mieć w pewnych razach znaczenie. Zarzuty czynione półkolonjom lwowskim zwracają uwagę na sposób organizacji półkolonii, który powinien być dobrze przemyślany i starannie przeprowadzony. Dodam, że Państwowa Rada dla spraw kolonji na posiedzeniu w dniu 11. czerwca 1924 wyraziła zdanie, że należy możliwie szeroko wyzyskać typ półkolonji, który zapewnia oszczędniejsze wyzyskanie sezonu, a nie należy przeceniać wartości kolonij leczniczych. Opinja ta stoi w pewnem przeciwieństwie do postanowienia zawartego w § 5. rozporządzenia Ministra zdr. publ. z 22 lutego 1922 (Monitor P. Nr. 74), a opiewającego, że szczególną opieką należy otoczyć kolonje lecznicze.

Obok normalnych niejako kolonij leczniczych i wypoczynkowych, pomieszczanych we wspólnych mieszkaniach, większemi grupami młodzieży, istnieją także i inne typy kolonij. Chcę zwrócić uwagę na t. zw. kolonje wolne czyli luźne, jakich mieliśmy kilka w Województwie lwowskiem. Jestto t. zw. typ duński w przeciwieństwie do typu szwajcarskiego, zamkniętego. Kolonje wolne zasadzają się na tem, że młodzież w mniejszych lub większych grupach oddaje się na mieszkanie i utrzymanie, a także pod nadzór rodzin zamieszkałych na wsi, czy to we dworach czy w chatach włościańskich. Kolonje wolne po dworach były urządzane przeważnie kosztem ziemian; utrzymanie było dostatnie, a instytucje patronujące takim kolonjom tanim kosztem spełniały swoje zadanie. Natomiast kolonje u włościan były stosunkowo drogie, a nadzór nad uczestnikami trudny z powodu rozdrobnienia kolonji na liczne małe grupy.

Półkolonje lecznicze urządzano w Przemyślu. Dzieci w godzinach rannych udawały się do zakładu leczniczo-kąpielowego Dr. Kutny, gdzie używały kąpieli mineralnych w wannach (solankowych z jodem lub żelazem), w południe otrzymywały posiłek, a następnie spędzały parę godzin w sąsiadującym z zakładem lesie na zabawach ruchowych i czytaniu książek; na noc wracały dzieci do domów. Wyniki były dobre, w sprawozdaniach podnoszono, że „rany się zmniejszały, a obrzęki klęsły, dzieci zyskiwały zdrowszy wygląd i przybierały na wadze".

W Samborze urządzano t. zw. kolonje wycieczkowe, które były realizowane jako wycieczki całodzienne lub półdzienne w dalsze i bliższe okolice.

Instytucja kolonij letnich zazębia się z urzadzeniami sportowemi, jak np. Drużyny wakacyjne Towarzystwa zabaw ruchowych we Lwowie. Towarzystwo to minionych wakacyj szkolnych urządzało na boiskach za miastem położonych ćwiczenia, w które wchodziła lekka atletyka, gimnastyka, gry i zabawy, po ćwiczeniach zaś młodzież miała sposobność do używania bezpłatnych natrysków.

Drugą instytucją, której cele do pewnego stopnia pokrywają się z celami kolonij letnich, są obozy drużyn skautowych. Komsija Wojewódzka lwowska miała wątpliwości, czy obozy takie należy subwencjonwać z zasiłków państwowych, przeznaczonych dla kolonij letnich. Wątpliwości te usunął stanowczo reskrypt Ministerstwa Pracy i Opieki Społ. z 7 lipca 1926 orzekający, że uwzględnianie podań organizacyj harcerskich o subwencje z funduszu zapomogowego kolonij wakacyjnych jest bezwarunkowo wskazane.

Suma udzielonej subwencji w stosunku do całego kosztu utrzymania wszystkich kolonij i półkolonij w r. 1925 wynosiła 7222 : 109181 t. j. 6.6% (na kolonjach leczniczych 9% ,na k. wypoczynkowych 6.5%, na półkolonjach 2.2%).

Na poszczególnych kolonjach w r. 1922 stosunek ten wahał dla kolonij i półkolonij leczniczych miedzy 17 a 48%, dla kolonij wypoczynkowych między 5 a 22%; w r. 1924 dla kolonij leczniczych 5.3—9.1%, dla k. wypoczynkowych 6.8—10.5%; w r. 1925 dla k. leczniczych 8.7—14.4%, dla k. wypoczynkowych 5.1—11.9%, dla półkolonij 2.3%. Różnice *in plus* pochodzą albo stąd, że na danej kolonji liczba uczestników pierwotnie zgłoszonych uległa następnie zmniejszeniu, albo stad, że jakaś kolonja otrzymała świadczenia bezpłatne pierwotnie nieprzewidziane, tak że z funduszów własnych mało potrzebowała dołożyć.

Kwestja rozdziału subwencji nie jest rzeczą łatwą. Co do wysokości subwencji zdania w Komisji Wojewódzkiej były podzielone: jedni byli zdania, że subwencja ma być równomiernie podzielona między wszystkie instytucje organizujące kolonje, stosownie do liczby zgłoszonych względnie wysłanych na kolonje uczestników. Różna sytuacja finansowa poszczególnych instytucyj przemawia przeciwko takiemu schematyzowaniu sprawy. Inni członkowie Komisji Wojew. stali na stanowisku, że należy subwencjonować tylko towarzystwa finansowo słabe. Tu może się zdarzyć, że zrzeszenie organizujące kolonję prawie wcale niema własnych funduszów i liczy głównie na subwencję, wtedy kolonja,

*) Wartość dolara 1. VIII. 1922 = 6025 Mp., 31. VII. 1923 = 196.800 Mp., 1. VIII. 1924 = 5 zł 18 gr, 1. VIII. 1925 = 5 zł 52 gr.

żyjąca prawie wyłącznie subwencją państwową, bieduje i lepiej może byłoby dla dzieci, gdyby ich wcale nie wysyłano na kolonję. Były wreszcie zdania, że należy subwencjonować te towarzystwa, które na kolonję przyjmują dzieci albo zupełnie albo w znacznej części bezpłatnie. I to kryterjum nie jest bezwzględnie pewne, bo mogłyby w takim razie liczyć na subwencję także instytucje bardzo zasobne. Ostatecznie okazuje się, że najlepiej będzie poszczególne kolonje w kwestji wysokości subwencji traktować indywidualnie.

Inna trudność zachodzi co do chwili wypłacenia subwencji. Niezawsze jest dobrze wypłacać subwencję z góry, gdyż może to skłaniać towarzystwo organizujące kolonję do zaniedbania starań o uzyskanie własnych funduszów i do oparcia się głównie na otrzymanej subwencji, co nie wyjdzie z pewnością na korzyść kolonji, a zresztą narusza zasadę, że przedsięwzięcia społeczne mają stać głównie samopomocą.

Najsprawiedliwiej, jak się zdaje, możnaby rozdzielić subwencje po przedłożeniu zamknięć rachunkowych poszczególnych kolonij, a więc po skończeniu sezonu; przeciwko temu przemawia, że wiele towarzystw organizujących kolonje nie może się obejść bez subwencji i musiałoby prowadzić kolonje długami, gdyby zbyt późno wpłynęła subwencja. I tu indywidualizowanie jest na miejscu.

Zagadnieniem bardzo ważnem jest kwalifikowanie młodzieży na kolonje. Odbywa się ono z dwóch punktów widzenia: pedagogicznego i lekarskiego. Z punktu pedagogicznego idzie oto, aby wyeliminować od udziału jednostki asocjalne i mniej wartościowe umysłowo. Lekarz dokonywa selekcji w gronie młodzieży przedstawionej mu przez pedagoga. Musi on wybrać te jednostki, które przed innymi skrzepienia względnie leczenia potrzebują i u których szanse dobrego wyniku są mniej — więcej pewne, nadto musi wykluczyć od udziału w kolonji jednostki z chorobami zaraźliwemi, grożącemi zakażeniem osób otaczających. Tutaj godzi się nadmienić, że bardzo wskazane a nawet konieczne jest porozumienie instytucji organizującej kolonje z Towarzystwem walki z gruźlicą względnie z poradniami przeciwgruźliczemi. Nie idzie tu o to, aby instytucje były krępowane jakąś kontrolą organizacji przeciwgruźliczych, ale o to, aby poradnie przeciwgruźlicze miały możność umieścić na kolonjach dzieci nadające się, a pozatem, aby przy kwalifikowaniu dzieci mieli głos także doświadczeni lekarze poradni.

W obradach Wojew. Komisji wypływała niekiedy kwestja wieku uczestników kolonji. Na jednem z posiedzeń w r. 1922 uchwaliła Komisja przyjmować na kolonje wypoczynkowe osoby do lat 16, na kolonje lecznicze do lat 19. Tej uchwale Komisja jednak nie pozostała wierną, gdyż subwencjonowano także niektóre kolonje organizowane dla osób, które przekroczyły powyższy wiek, ze sfer rzemieślniczych i rękodzielniczych, a nawet służby domowej. Idzie tylko o to, aby młodzież na danej kolonji nie była zbyt różna wiekiem, gdyż inny nadzór i inny regime musi być zastosowany w kolonjach stosownie do wieku uczestników, a zbyt wielkie różnice wieku na wspólnej kolonji utrudniają prowadzenie kolonji. Komisja była także zdania, że nie należy urządzać kolonji wspólnych dla obojga płci. I to zapatrywanie nie wszędzie było uwzględniane.

Koszt utrzymania jednego dziecka przez jeden dzień wynosił w r. 1925.

na kol. leczniczej . . . . . od 0·61 do 1·41 zł przeciętnie 1·30 zł
na kol. wypocz. nadmorskiej od 3·00 do 5·79 zł przeciętnie 4·12 zł
na kol. wypoczynkowej z wyłączeniem nadmorskich . od 0·58 do 3·67 zł przeciętnie 2·04 zł
na półkolonji . . . . 1·15 zł

Uderzająco niski koszt kolonij leczniczych tłumaczy się tem, że kolonje te nie opłacały czynszu i po części były utrzymywane z dobroczynności prywatnej i publicznej, a lekarze spełniali nadzór bezpłatnie.

Kolonje nadmorskie były najdroższe i zachodzi pytanie, czy wskazane jest dalej je kontynuować. Aby wyjaśnić wielkie różnice kosztu utrzymania na kolonjach wypoczynkowych, trzebaby zbadać szczegółowo rubrykę kosztów podróży, czynszu, kosztów nadzoru, aprowizacji i t. d. Przeciętny koszt utrzymania w organizacjach harcerskich był niższy, aniżeli przeciętna dla kolonij wypoczynkowych wogóle (1 zł. 90), w kolonjach towarzystwa „Dzieci na wieś“ wyższy (2 zł. 25). Na kolonjach leczniczych w r. 1925 opłacało pełną należytość 38% uczestników, ulgową 23%, bezpłatnie było utrzymywanych 39%. Z 30 kolonji wypoczynkowych 8 kolonji utrzymywało młodzież zupełnie bezpłatnie, wszystkie inne kolonje w części za opłatą pełną, a w części za opłatą ulgową lub bezpłatnie; półkolonja była bezpłatna.

Nadzór z ramienia władzy nad kolonjami subwencjonowanemi spełniali lekarze powiatowi właściwi dla miejscowości siedziby kolonji. Ponieważ czynność ta miała być spełniana przy innej sposobności, bez zaliczenia osobnych kosztów, przeto nie wszystkie kolonje były wizytowane przez lekarzy powiatowych, gdy się sposobność nie nadarzyła; niekiedy zdarzało się, że lekarz powiatowy dowiadywał się o przybyciu kolonji do powiatu po niewczasie t. j. po opuszczeniu powiatu przez kolonję. Sądzę, że ta rzecz powinna być pod obu powyższemi względami — unormowana, bo kontrola kolonij subwencjonowanych jest konieczna, nietylko ze względu na potrzebę stwierdzenia celowego użycia subwencji, ale także ze względu na konieczność wszechstronnego zorjentowania się w stosunkach, potrzebach i niedomaganiach naszych kolonij. Lekarze powiatowi z dokonanych wizytacji powinni bezwarunkowo przedkładać dokładne raporty, na przepisanych formularzach. Niejako surogatem naocznej kontroli lekarza urzędowego mogą być sprawozdania zarządów kolonji o urządzeniu kolonji i przebiegu sezonu, sporządzane według jednolitych wzorów. Sprawozdania takiego nie powinno braknąć z żadnej kolonji subwencjonowanej.

Na szczególne trudności co do nadzoru i co do uzyskania sprawozdań lekarzy powiatowych i zarządów kolonij natrafia się w kolonjach urządzonych w obrębie obcych Województw, t. j. poza obrębem Województwa, z którego kolonję wysłano. I ta sprawa wymaga zarządzeń władzy centralnej.

Władza subwencjonująca powinna być poinformowana o wyniku, jaki odnieśli uczestnicy z pobytu na kolonji. Miarą wyniku jest wygląd dzieci, jakoteż ustąpienie bladości, niedokrewności, zanikanie gruczołów, i te dane powinien uwzględnić w sprawozdaniu tak lekarz powiatowy jak i zarząd kolonji względnie lekarz spełniający stały lub perjodyczny nadzór na kolonji. Pozatem przyjęto za miernik oddziaływania ustroju dziecka na pobyt na kolonji wagę ciała, która w razie pomyślnego wyniku wzrasta. Ubytek wagi ciała może zdarzyć się u dzieci niewłaściwie zakwalifikowanych na kolonję, albo w razie niedostatecznego żywienia dzieci albo przy niestosunkowo wielkim i nadmiernym ruchu dzieci. Daty co do przyrostu wagi ciała u dzieci na kolonjach subwencjonowanych przez Wojew. Komisję we Lwowie, są następujące: W r. 1922 na kolonji leczniczej rymanowskiej przeciętnie u chłopców 1017 gr. (maksymalnie 2300), u dziewcząt 1380 (maksymalnie 4200); na kolonji leczniczej Tow. Ochrony Młodzieży w Rymanowie według podania przeciętnie 3 klg.: na kolonji leczniczej Tow. „Dzieci na wieś“ w Rabce u 80% dzieci wzrosła waga ciała o 500 do 2000 gr., u 20% dzieci stwierdzono nieznaczny ubytek lub *status quo*. W r. 1924 na kolonji rymanowskiej przeciętnie u chłopców 850 gr, u dziewcząt 1280; na kolonji leczniczej Tow. walki z gruźlicą w Szczepłotach 4 kg., w Rzyczkach 1 kg.; na kol. leczniczej w Iwoniczu u chłopców 1140, u dziewcząt 1890 gr.; na kolonjach wypoczynkowych przyrost wagi ciała wynosił przeważnie 1—3 kg., na 5 kolonjach doszedł do 3.5 kg., na 4 kolonjach do 3.8 kg., na 2 kolonjach do 4 kg. W r. 1925 na kolonji rymanowskiej przeciętnie 1050 gr., na kolonji w Szczepłotach 1500 gr., w Rzyczkach 710 gr.; na kolonjach wypoczynkowych przeciętny przyrost wagi ciała według podania był znacznie większy: przeważnie 1.5—3 kg., na kolonji w Małym Kacku 3¾ kg., w Podsobniu 4 kg.

Interesujące byłyby daty co do sfery, z jakiej uczestnicy kolonji pochodzili. Niestety dat takich dostarczały tylko nieliczne kolonje, a mam je w rękach jedynie z r. 1922. Dlatego nie chcę przytaczać liczb urywkowych, dających może obraz tylko przypadkowy.

Także sprawa umieszczenia kolonji powinnaby być omówiona. Ale i tu materjał dostarczony przez zarządy kolonji jest minimalny. Własne budynki, zbudowane na cele kolonji, posiada tylko kolonja rymanowska; są one zupełnie odpowiednie i godne widzenia. Otrzymawszy w darze od Prezesa Sądu Apelacyjnego we Lwowie znaczniejszy fundusz, kolonja rymanowska odbudowuje drugi dom mieszkalny, spalony przez Rosjan i będzie mogła każdego roku dać pomieszczenie około 300 dzieciom.

Byłoby jeszcze do omówienia wiele spraw odnoszących się do kolonji, jak np. kwestja personalu kolonji, kwestja regulaminu kolonji, sprawa zabaw ruchowych i ćwiczeń fizycznych. Ale na to niema czasu, a co ważniejsza niema także dostatecznego materjału, a niema głównie dlatego, że zainteresowanie kolonjami wśród lekarzy jest na ogół małe. Miejmy nadzieję, że nowa generacja lekarzy, wychowana wśród atmosfery pracy społecznej, więcej się zajmie tą sprawą.

OCENY.

Mayerhofer i Pirquet. *Lexicon der Ernährungskunde.* Wiedeń, 1926. Zeszyty 3, 4 i 5.

O dwu pierwszych zeszytach tego dzieła referowałem już w Polskiej Gazecie Lekarskiej z r. 1925. Tam omówiłem plan autorów i wskazałem na cechy charakterystyczne, różniące to dzieło od zwykłych podręczników nauki o odżywianiu.

W tej chwili mamy już wszystkie pięć zeszytów przed sobą, całość o tysiącu dwuchset stronicach.

O ilości zawartego tam materjału daje pojęcie indeks podający na 47-miu stronicach petitu około 500 imion; w jednym z działów *indicis*, ułożonego według klasyfikacji Pirquetowskiej, w dziale przetworów mleka i sera, wymieniono np.: bryndzę, oszczepek (ser owczy góralski); przy mianie kefir podaje indeks aż ośm ustępów, w których o tym przetworze jest w podręczniku mowa.

Zupełnie oryginalnie jest ułożone zestawienie, podające rozdział białka, wodanów węgla i tłuszczów podług ich wartości spalinowej; właściwie: odsetkowy podział nosicieli energji w każdym przetworze spożywczym.

Jak wspomniałem, artykuły podstawowe noszą wyraźne piętno nauki Pirqueta.

Nie podobna tu referować nawet prac zasadniczych. Zwraca uwagę obszerna praca o witaminach.

Szereg artykułów ma wartość etnograficzna i historycznokulturalną. Takiemi są np.: kuchnia chińska, kuchnia japońska; takiem — artykuły zatytułowane: prahistorja środków żywnościowych (stronic dwadzieścia dwie); żywność narodów dzikich; przepisy religijne tyczące się odżywiania; nazwiska i życiorysy znakomitych teoretyków żywienia i „artystów" gastronomji i t .p. Tego charakteru wzmianki krótkie umieszczono w bardzo wielu artykułach. Liczne są też wskazówki lingwistyczne, wyjaśniające filologicznie pochodzenie danej nazwy.

Wskazuję na niektóre tylko cechy, które różnią omawiane dzieło od podobnych; prace ściśle przez treść dzieła przewidziane mamy tu wszystkie w opracowaniu wszechstronnem.

Autorzy uważają jednak, że jest to wszystko wstępem dopiero do wyczerpującej encyklopedji żywienia, której jeszcze nie stworzono.

O całości powiedzieć wolno, że jest w równie wysokim stopniu pożyteczna dla producenta środków spożywczych i pożywienia, co i dla konsumenta świadomego roli tych czynników w ekonomice społecznej i zachowaniu zdrowia (dla gospodarstwa domowego, dla jadłodajni, szpitali, wojskowości).

Sn. Sg.

R. D u p o n t, R. L e r o u x i J. D a l s a c e: *Technika pobierania materjału oraz wycinania tkanek do badań laboratoryjnych w praktyce klinicznej.* (Technique des Prélèrements et des Biopsies dans la Pratique Clinique). Paris. Masson et Cie Editeurs r. 1926, str. 142.

Nowoczesna diagnostyka po największej części nie jest już w stanie obejść się bez badania laboratoryjnego a doświadczenie pracowników-analityków wskazuje, że niejednokrotnie rzeczy zdawałyby się tak zwykłe i codzienne, jak np. wycięcie skrawków nowotworowych, posyłanych do zbadania, nie dają nieraz w ostatecznym wyniku rozstrzygającej odpowiedzi. W podobnych przypadkach rozgoryczony klinicysta wyraża swoje niezadowolenie w kierunku pracowni, nie zdając sobie sprawy, że często tego rodzaju wynik zależy od nieodpowiedniego sposobu pobrania materjału posyłanego do pracowni albo nieraz w gorszym razie zależy także wprost od nieumiejętnego utrwalania i przesyłania odnośnych wycinków. Potrzebę zebrania odpowiednich wskazówek w postaci zwięzłego podręcznika odczuli najdosadniej wspomniani w tytule autorowie francuscy, dzieło których zasługuje na tem większe wyróżnienie, gdyż jestto pierwsza próba ujęcia i opracowania operacyjnej techniki klinicznej biopsji tkanek w piśmiennictwie światowem.

Całość składa się z dwóch części. W pierwszej autorowie omawiają metodykę pobierania materjału haematologicznego, bakterjologicznego i chemicznego. Druga część poświęcona jest technice biopsyjnej. A więc wskazania ogólne, grożące niebezpieczeństwa w czasie wycinania próbnego tkanek, aseptyka i antyseptyka, wybór i sposoby znieczulania oraz wybór odpowiedniego miejsca pobrania, wreszcie niezbędne do tego instrumentarjum. Autor w tym dziale opisuje specjalne narzędzia, służące wyłącznie do tego rodzaju rękoczynów, które nazwane są *„biotome"*. Obszernie omawia Leroux sposoby utrwalania i przesyłania wycinków. W części szczegółowej omawia on technikę wycinania skrawków ze zmian płaskich, owrzodzeniowych i guzowatych skóry, warg, jamy ustnej i gardła, okolicy kiszki odbytnicowej, narządów rodnych i sutek. W końcu autorowie podają główne wskazania co do pobierania materjału według schorzeń, w których nasuwa się niezbędność przeprowadzenia badania laboratoryjnego. Zapoznanie się z treścią omawianej książki stanie się niewątpliwie nieodzowną koniecznością dla wszystkich, którzyby pragnęli zaoszczędzić sobie nieporozumień, zdarzających się niekiedy pomiędzy rozpoznaniem laboratoryjnem a wymogami leczenia praktycznego.

W. Janusz (Lwów).

M. S k w o r c o w: *Rys anatomji patologicznej dziecięcych chorób zakaźnych.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wyd. Moszdrawodtieła. Moskwa 1925, str. 124.

12 lat pracy prosektora wśród tysiąca zwłok dziecięcych złożyły się na zgromadzenie i zreasumowanie długoletniego doświadczenia osobistego autora w sprawie badań nad wyjaśnieniem mechanizmu śmierci w następstwie płonicy, odry, błonicy, czerwonki i duru powrotnego oraz plamistego. Wystarcza wymienić z dzieła tego, że autor w okresie wspomnianego czasu zebrał w Morozowskim szpitalu dziecięcym 794 przypadków płonicy, 705 przypadków odry (wśród których nie spostrzegał ani jednego przypadku wyłącznego zatrucia na tle odry) 590 przypadków błonicy, 565 sekcyj zmarłych na czerwonkę itd., aby podane liczby wzbudziły większe poważanie i zaufanie do głoszonych wyników osobiście spostrzeganego i opracowanego materjału. Autor, jako anatomo-patolog, nie odważa się w żadnym przypadku schorzeń zakaźnych rozpoznawać wymienione jednostki urologiczne na tle sekcyjnem i dlategoteż w protokołach jego rozbioru pośmiertnego nazwy chorób rozpoznawane przez klinicystę za życia nie są nazywane tym samem imieniem. Na mocy materjału sekcyjnego autor jedynie potwierdza w pewnych przypadkach rozpoznanie kliniczne wedle typowego całokształtu występujących zmian oraz wedle czasu rozwoju poszczególnych zmian w różnych chorobach zakaźnych.

Szczegółowy rozbiór najrozmaitszych zmian najbardziej charakterystycznych dla poszczególnych zakaźnych jednostek chorobowych oraz usiłowania teoretycznego wytłumaczenia tak występowania objawów klinicznych jakoteż powstania samego mechanizmu śmierci w świetle najnowszych zdobyczy anatomji patologicznej stanowią najciekawszy dział omawianej książki, która dzięki długoletniej pracy sumiennej autora i jego niezwykle wszechstronnemu oczytaniu wyróżnia to dzieło pod wszelkim względem w piśmiennictwie anatomo-patologicznem.

W. Janusz (Lwów).

Medizinisches Seminar. — Wissenschaftlicher Aussusch des Wiener Medizinischen Doktoren-Kolegiums. Wiedeń. J. Springer 1926. IV+504 in 8°.

Książka, która obecnie pod powyższym tytułem ukazała się na półkach księgarni J. Springera jest wynikiem czteroletnich prac seminarjalnych Wiedeńskiego Kolegjum lekarzy. Najważniejsze zagadnienia współczesnej medycyny tak naukowej jak i praktycznej natury omawiane przez wybitnych specjalistów, dalej wyczerpujące dyskusje nad spornemi tematami poruszanemi na posiedzeniach wspomnianego towarzystwa zostały zebrane w krótkich a treściwych autoreferatach, ułożonych w porządku alfabetycznym, według nazw poszczególnych spraw chorobowych. Każdy referat poprzedzony jest pytaniem, które zostało postawione referentowi na odnośnem posiedzeniu towarzystwa. Referat zaś jest odpowiedzią opartą na najnowszych wynikach badań eksperymentalnych.

Pytanie postawione nieraz dwom referentom bywa przez nich rozpatrywane osobno, dlatego też często może znaleźć czytelnik dwie może nieco sprzeczne odpowiedzi, zależnie od zapatrywań tej czy innej szkoły reprezentowanej przez danego referenta. Książka niniejsza więc nie stanowi rodzaju encyklopedji, lecz jest podręcznikiem dla lekarza praktycznego, w którym znaleźć może szybko odpowiedź i poradę w swych wątpliwościach w zakresie diagnostyki czy terapji w duchu najnowszych poglądów wiedzy lekarskiej. Rękojmę stanowi spis referentów należących do elity wiedeńskiego świata lekarskiego. Można więc ją gorąco polecić lekarzom praktykom zwłaszcza prowincjonalnym, którzy mają z natury rzeczy trudniejszy dostęp do obszernej literatury fachowej z różnych dziedzin i specjalności a muszą zajmować się wszystkiemi sprawami chorobowemi nie ograniczając się do jednego działu medycyny.

J. Krzyżanowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Nowiny Lekarskie.

Nr. 15—16 r. 1926.

Stefan K r a m s z t y k: *Zagadnienie leczenia witaminami u dzieci.* Panujące obecnie w nauce poglądy dowodzą, jak wielką rolę odgrywa we współczesnej pedjatrji nauka o witaminach. Wpływ tej nauki zaczyna z jednej strony podważać poglądy na zasadnicze strony sprawy zaburzeń odżywiania niemowląt, z drugiej daje wytyczne w walce z zakażeniami. Z tych względów autor postanowił przeprowadzić szereg poczynań leczniczych z preparatami *„Calcitrina-Spiessa"*, który zawiera prócz soli wapniowych, kwasów organicznych znaczną ilość witamin w postaci wyciągu pomidorowego i cytrynowego oraz organiczne związki fosforu. Obok działania swoistego w stanach hipo- i awitaminowych *„Calcitrin'a"*

zastąpić może używane dotychczas w niektórych postaciach zaburzeń odżywiania preparaty kazeino-wapniowe. Obok tego preparat „*Calcitrina*“ zawiera wapń w postaci związku organicznego. Autor po czasie podawania „*Calcitryn'y*“ w różnych postaciach i okresach zaburzeń odżywiania u dzieci karmionych sztucznie otrzymywał b. szybkie wyniki nader dodatnie. Już po kilku dniach następowała poprawa stanu ogólnego, zmieniał się charakter wypróżnień, ustawały wymioty, poczem zaczynał się szybki przyrost wagi. Szczególną uwagę zwracają przypadki zaburzeń w czasie karmienia piersią, które do niedawna składano wyłącznie na tło neuropatyczne, a które obecnie uznawane są za wyłączny typ awitaminowy. Również w trzech przypadkach gruźlicy, autor podając „*Calcitrynę*“ otrzymał doskonałe wyniki, co dobitnie potwierdza znaczenie podawania wapnia łącznie z witaminami.

W. Janusz (Lwów).

Wraczebnaja Gazieta.

Nr. 5. r. 1926.

E. Gesse: *Wskazania do przetaczania krwi.* Szczegółowe przedstawienie wskazań do przetaczania krwi przy najrozmaitszych stanach chorobowych, oparte tak na na własnem doświadczeniu jakoteż na danych z piśmiennictwa lekarskiego

S. Nowotelnow: *Wyniki badania laboratoryjno-klinicznego w sprawie użyteczności nowego materjału opatrunkowego — granulozy.* Wytwory z waty w ogólności słabo się nadają do wchłaniania treści ropnej z powierzchni ran.

Powyższe względy skłoniły dra Sumajłowa do wypróbowania do omawianych celów zwykłej wełny bądź pozostających resztek z fabryk bawełnianych. Surowiec ten autor przepajał słabym rozczynem *aluminium acetico-tartarici*, gliceryną, a następnie wysuszał prądem ciepłego powietrza i prasował. Otrzymany przetwór, strzępiasto-miękki, lekkiej wagi, barwy czarnej, bez wszelkiego zapachu nazwany został — granulozą. Kontrolne badania laboratoryjno-kliniczne stwierdziły, że granuloza pod względem wilgotności odznacza się największym współczynnikiem ze wszystkich znanych środków opatrunkowych. Z powyższego wynika, że głównem wskazaniem do stosowania granulozy byłyby przypadki ran obficie ropiejących. Podobną ranę od wewnątrz pokrywa się jedną warstwą gazy, ponad którą nakłada się wspomnianą granulozę. Do sączkowania ran przetokowych przetwór ten się nie nadaje. ze względu na łatwą łamliwość i kruchość. Doskonale natomiast zastępuje watę w zastosowaniu do podkładania w unieruchomiających szynach, co pozwala stosować ją rozlegle w praktyce wojskowo-sanitarnej. Wyjałowienie granulozy przed użyciem jest niezbędne Pod względem oszczędności zużycia materjału badania laboratoryjne wykazały, że w celach wchłonienia pewnej ilości ropy wystarcza $1^1/_2$ razy mniej granulozy niż ligniny. Jednakże granuloza posiada również pewne ujemne właściwości, gdyż zazwyczaj łatwo się kruszy i zanieczyszcza ze względu na czarną barwę otoczenie jakoteż ręce personalu lekarskiego.

A. Tetelbaum: *Krzywa ciepłoty w przebiegu wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy.* Klinicznie spostrzegane przypadki w ilości 34 ze szczegółowem badaniem roentgenologicznem płuc w celach usunięcia przypadków gruźlicy wykazały, że podwyższenie ciepłoty (do 37,3—37,5) występuje w większości przypadków wrzodów żołądka. Tłumaczenie tego zjawiska autor upatruje w istocie anatomicznej samej sprawy wrzodziejącej, często powikłanej wtórnem zakażeniem. Stany zapalne surowicówki żołądka oraz zrosty, występujące często niezależnie od wrzodów, podwyższenia ciepłoty nie dają. Występowanie podwyższonej ciepłoty jest niewątpliwie wskaźnikiem rozwoju sprawy wrzodziejącej.

A. Kurajew: *Sześć przypadków niedokrwistości typu aksch-Hayem'a.* Opisywane przypadki dotyczą dzieci w wieku od 2-ch miesięcy aż do 18 miesięcy. Pierwsze cztery przypadki należą do jednej rodziny, wykazując bliskie pokrewieństwo oraz jednostajny przebieg chorobowy. W 5 przypadkach badanie krwi matek na odczyn Wasserm. wykazało wynik dodatni, jednak u badanych dzieci poza obrazem niedokrwistości nie stwierdzono żadnych przejawów kiły. Leczenie swoiste przeciwkiłowe niedało wyników dodatnich. A zatem opisane przypadki potwierdzają nowsze zapatrywania o kiłowem pochodzeniu tego rodzaju niedokrwistości.

J. Zdrawomysłow: *Próba stosowania mieszanki preparatów salwarsanowych wraz ze siarką per os.* Korzystne wyniki podawania siarki w przypadkach nieżytowych przewodu pokarmowego, wyróżniające się zwłaszcza w przypadkach zgagi, odbijania i bębnicy, skłoniły autora do wypróbowania połączeń salwarsanu z siarką, która powoduje nadto obniżenie ciśnienia krwi. Wspomnianą mieszankę autor podaje w kapsułkach żelatynowych i uważa, że leczenie tego rodzaju może być użyte w celach podstawowych bądź uzupełniających. Kilkuletnie podawanie wspomnianej mieszanki, wykazało, że podawanie *per os* daje wyniki doskonałe i pozwala uniknąć tak częstych powikłań urazowych, występujących w czasie stosowania zastrzyków wśródżylnych.

W. Janusz (Lwów).

American Physical Education Review.

Nr. 1. 1925.

V. L. Collins: *Wyniki kilku pomiarów fizjometrycznych wybitnego biegacza. (Some physiometric observations en a remarkable distance runner.).* Badania tyczyły się De Mara, jednego z najwybitniejszy biegaczy maratońskich Stanów Zjednoczonych; obejmowały szereg pomiarów i niektóre z używanych w Ameryce prób sprawności fizycznej. Wyniki wykazały jeszcze raz małą wartość indeksów, gdyż jeden z nich zaszeregował De Mara do słabych, prawie na granicy już do bardzo słabych. Na ogół nie znaleziono żadnych wskazówek wybitniejszego wybicia się badanego ponad przeciętnego osobnika poza jego świetną pojemnością życiową płuc (5.5 litra) i doskonale sprawnym, a zwłaszcza wytrzymałym aparatem krwionośnym.

Nr. 2. 1925.

C. A. Schirner: *Programy zdrowotne koncernów przemysłowych. (Health programs of business concerns).* Autor zdaje sprawę z ankiety, urządzonej między Towarzystwami Asekuracyjnemi i koncernami przemysłowemi co do programów instytucyj zdrowotnych, któremi się one posługują. Zebrano 213 odpowiedzi ze sfer przemysłowych; 20 tylko nic nie robiło dla swych pracowników, ogromna większość, bo 161 umożliwiało perjodyczne badanie lekarskie i prowadziło wychowanie higjeniczne swych pracowników. Z Towarzystw Asekuracyjnych wpłynęło 51 odpowiedzi, 30 z nich ofiarowywało swym ubezpieczonym możność perjodycznych wizyt lekarskich oraz popierało wychowanie higjeniczne ubezpieczonych. Znaczną część tej pracy wykonuje Nowojorski „Instytut Przedłużania Życia“ *(Life Extension Institute)*; pracuje on dla 22 Towarzystw Asekuracyjnych i 83 koncernów przemysłowych. Praca Instytutu ocenianą jest przez wszystkie interesowane przedsiebiorstwa bardzo korzystnie. Z badanych przeszło 60% zostało skierowanych do lekarza jako wymagających porady. Jak widzimy więc, jeszcze i lekarze mogą być z pracy tego Instytutu wielce zadowoleni. Wszystkie zgłoszenia o poradę są zupełnie bezpłatne, leczeń jednak nie przeprowadza się. Towarzystwa wpłacają po 20 dolarów rocznie za ubezpieczonego.

Dybowski.

Beiträge Zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 60. (Ciąg dalszy).

Franz Kellner: *Przyczynek do kwestji daleko posuniętej gruźlicy płuc we wczesnem dzieciństwie.* Autor opisuje przypadek daleko posuniętej gruźlicy płuc u dziecka 13 miesięcznego; na podstawie objawów klinicznych (wysoka ciepłota, szybki przebieg) i wyglądu mikroskopowego płuc można było przypuszczać sprawę wysiękową. Badanie drobnowidowe ognisk płucnych wykazało, że chodzi o zlewające się, w centrum serowaciejące ogniska wytwórcze z żywem bujaniem nabłonkowatem i komórkami olbrzymiemi; w częściach rozmiękłych nigdzie nie można było wykazać budowy pęcherzykowej. Przypadek należałoby zaliczyć do II-go okresu Rankego; jednak autor uważa, że schorzenie nastąpiło bezpośrednio po pierwotnej infekcji masowej z pominięciem drogi gruczołowej. Okres III może, według autora, występować w wieku nawet od 6—10 lat. Zaliczenie przypadku gruźlicy wieku szkolnego do II-go lub III-go okresu jest często bardzo trudnem, a cały szereg przypadków należy uważać za postaci mieszane okresów II i III-go.

Samuel Lewinsohn: *Jak powstają nagle krwotoki płucne przy gruźlicy płuc?* Jednym z najwcześniejszych przejawów patologicznych gruźlicy płuc są zmiany w układzie krwionośnym schorzałego odcinka. Wytwarza się przeważnie *endarteritis*; krwawienie następuje wskutek nadżarcia ścianki naczynia pod wpływem jadów bakteryjnych lub pęknięcia rozszerzonej aneuryzmatycznie tętnicy. Rozpad tkanek wyzwala enzymy tkankowe, które w tworzeniu włóknika biorą duży udział.

W poprzednich pracach autor dowiódł drogą badań chemicznych, że w różnych okresach gruźlicy płuc ilość włóknika zawsze jest większa niż w normie.

Skrzepy włóknikowe tworzą się wewnątrz naczyń, tkanka zaś naczynia ulega zniszczeniu przez toksyny bakteryjne i fermenty trawienia rozpadłych komórek. Zamknięcie naczynia w ognisku gruźliczem może nastąpić wskutek warstw włóknika w świetle naczynia lub przez ucisk naczynia z zewnątrz. Substancje toksyczne, otaczające naczynia lub znajdujące się wewnątrz naczynia, powodują ścieńczenie ścianki naczynia, która pod wpły-

wem uderzającego w nie prądu krwi wypychana ku zewnątrz, tworzy rozszerzenia aneuryzmatyczne. Jaffe spostrzegał często pęknięte naczynia aneurysmatyczne w przypadkach nagłych krwotoków śmiertelnych.

Często jednak tętniak powstaje wskutek uszkodzenia *adventitia* naczyń przez masy nekrotyczne.

Niektórzy klinicyści, wychodząc z założenia, że wysiłek fizyczny podnosi ciśnienie w dużem krążeniu, stawiali krwotoki płucne w związku z tym ostatnim. Straub i inni dowiedli, że zaburzenia w dużem krążeniu nie mają wpływu na krążenie płucne. Zwiększona bowiem praca lewej komory i zmniejszenie opróżnienia systologicznego komory prawej zaburzenia te wyrównuje; nieznaczne wzmożenie parcia krwi w krążeniu płucnem nie może być powodem krwotoku.

Packard wskazuje na czynniki mechaniczne, powodujące krwotoki płuc. Osłabione i nadżarte naczynia ulegają wewnątrzpłucnemu ciśnieniu powietrza. Podczas oddychania wahania te są nieznaczne. Ale przy wysiłku, takim, jak kaszel, ciśnienie powietrza w płucu znacznie się podnosi. Naczynie, przechodzące przez jamę, może w tych wypadkach ulec pęknięciu lub spowodować rozszerzenie aneurysmatyczne naczynia. W tych razach ciśnienie wewnątrznaczyniowe podobne jest do szarpania ścianki naczyniowej. Zrosty, między schorzałą tkanką płucną i ścianką klatki piersiowej również przyczyniają się do rozerwania naczyń schorzałych. W tych warunkach oderwanie się skrzepu lub pęknięcie naczynia leżącego w pobliżu oskrzela, może spowodować krwotoki śmiertelne przy najlżejszym wysiłku fizycznym albo często nawet w zupełnym spokoju.

K. Klare i H. Fechter: *Przyczynek do rozpoznania gruźlicy czynnej u dzieci.* Autor uważa, że jakkolwiek istnieje wiele prac o sedymentacji krwi, nie jest ona dostatecznie oceniona. Wniosek ten wysnuwa z tego, że w Monachjum na kursie dokształcającym dla lekarzy okręgowych, na którym i o gruźlicy dziecięcej mówiono, ani jeden z wykładających o sedymentacji nie wspominał; nie było też mowy o niej na zjeździe lekarzy i przyrodników w Innsbruku. Ulrici w książce swojej, mówiąc o sedymentacji, uważa, że metodę tę dyskredytuje fakt, iż w niewątpliwie postępującej otwartej gruźlicy sedymentacja może być normalna. A dalej w tejże książce twierdzi, że zamiast poszukiwań próby, którąby sprawę czynną ujawniła, należałoby szukać odczynu, któryby określił stopień wpływu virus gruźliczego na ustrój. Autorzy uważają, że co do gruźlicy dziecięcej — próba ta jest właśnie sedymentacja; może ona bowiem odtworzyć całkowicie obraz walki organizmu z zarazkiem. Westergren twierdzi, że pojęcie o czynności sprawy gruźliczej dotychczas nie jest uzgodnione.

Jeśli za sprawę czynną poczytywać będziemy moment, kiedy zarazek zwycięża w walce z organizmem a zatrucie i zniszczenie postępują, przyczem nie zawsze wybitne zmiany ogólne tym objawom towarzyszyć muszą, wówczas sedymentacja będzie czułym wskaźnikiem sprawy czynnej. Kto jednak za probierz sprawy czynnej obecność laseczników w plwocinie poczytywać zechce — temu sedymentacja nic nie powie.

Jama w tkance marsko-wytwórczej jest objawem obronnym mezenchymy; gruba jej ścianka odgranicza toksyny gruźlicze od organizmu i organizm jest w fazie zwycięstwa. Czy na zawsze — trudno powiedzieć; sedymentacja odzwierciedla tylko dany moment. Jeśli jednak w ciągu dłuższego czasu sedymentacja ma tendencję zwyżkową — można sobie pozwolić na rokowania dobre. Przypadki, gdzie u dzieci prócz stałego lub silnego dodatniego odczynu tuberkulinowego przy najsubtelniejszem nawet badaniu nic wykryć nie można, u dzieci, które nie przekroczyły drugiego roku życia, uważać należy za chore i poddać leczeniu. Starsze zaś, o ile sedymentacja, po kilkakrotnem badaniu, daje ciągłe wyniki dobre, należy uważać za infekowane, lecz nie wymagające leczenia swoistego. Złe wyniki sedymentacji świadczą o niekorzystnych warunkach obronnych ustroju i przypadki takie należy kierować do leczenia klimatycznego i ścisłej obserwacji, mogą one bowiem być dotknięte czynną choć utajoną sprawą gruźliczą.

Autorzy spostrzegali często przypadki, w których dzieci obok niskiej, 15—25 min. trwającej sedymentacji, żadnych prócz niecharakterystycznych objawów ogólnych, zmian klinicznych nie wykazywały. W późniejszych okresach stwierdzono u tych dzieci objawy *phtisis secundaria* lub objawy generalizacji jak: wysiękowe zapalenie opłucnej, flikteny, swoiste sprawy kostne, objawy stawowe typu Ponceta. Inne zaś, pomimo długie miesiące trwającej niskiej sedymentacji, pozostawały bez żadnych objawów klinicznych o wyglądzie kwitnącym i nawet przybierały na wadze.

Ognisk czynnej sprawy gruźliczej w gruczołach wnęki stwierdzić nie możemy. Sprawy te są bardzo niebezpieczne ze względu na możliwość przebicia się gruczołu schorzałego do krwiobiegu i rozsiania sprawy gruźliczej. Przypadki, gdzie dzieci wśród najlepszego na pozór zdrowia nagle na gruźlicę prosówkową lub *meningitis tbc.* zapadają i giną do tej kategorji należeć mogą.

Tempo i rozległość rozsiania zależą od konstytucji mezenchymalnej danego osobnika.

Zdolność do otorbienia i unieszkodliwienia przez zgęszczenie ogniska i przez to uniemożliwienie przesączenia toksyn, zależy od tkanki łącznej. Tę czynność odzwierciedla sedymentacja — stopień zamknięcia ogniska jest odwrotnie proporcjonalny do ilości wypłukiwanych toksyn. Toksynami w tym wypadku nazywamy sumę tych substancyj, które przyśpieszoną sedymetacją powodują.

Herman Becker: *Wzór morfotyczny i sedymentacja przy gruźlicy.* Wobec trudności, jakie napotyka wczesne rozpoznawanie gruźlicy poszukiwania nowych metod są stale w toku. Usiłowano wzór morfotyczny i sedymentację użyć nie tylko jako środka rozpoznawczego w przypadkach wątpliwych, ale i jako środka rokowniczego. Hemogram jest, zdaniem Schillinga, odzwierciedleniem reakcji organizmu ludzkiego na zarażenia. Arneth wskazał na znaczenie obrazu krwi przy gruźlicy, lecz jego podział neutrofilów na pięć różnych klas, nie zdobył sobie zastosowania praktycznego.

Dopiero po uproszczeniu tej metody przez Schillinga zaczęto coraz częściej stosować ją w klinice.

Schilling rozróżnia trzy fazy w przebiegu infekcji:

I — jest okresem walki neutrofilnej, przebiegającym z neutrofilją i mniejszem lub większem przesunięciem jądra, aneozynofilją lymfo- i monopenją,

II — okres monocytarny obronny, okres zwyciężania, z opadającą neutrofilją i przesunięciem jądra, występującymi ponownie eozynofilami, wzrastającymi ilościami limfo- i monocytów.

III — okres zdrowienia, lymfocytarny, z limfocytozą, eozynofilją i brakiem przesunięcia jądra.

Mniejsze lub większe przesunięcie na lewo świadczy o stopniu intoksykacji. Wysokie ilości monocytów i limfocytów przy zmniejszających się ilościowo neutrofilach pałeczkowatych przemawia za tendencją do poprawy, do zdrowienia. Czy powiększona ilość leukocytów może być wskaźnikiem djagnostycznym i prognostycznym — z pewnością twierdzić nie można. Limbert i inni twierdzą, że czyste zakażenie gruźlicze bez zakażenia mieszanego nie daje leukocytozy. Przy gruźlicy prosówkowej leukocytozy nie spostrzegano. Na mocy zaobserwowanych przez siebie przypadków autor przychodzi do wniosków następujących: 1) Wczesne rozpoznanie gruźlicy w przypadkach, gdzie ani klinicznie, ani roentgenologicznie objawów nie stwierdzono, nie udaje się i przy pomocy hemogramu — przynajmniej nie stwierdza się przesunięcia na lewo, aczkolwiek schorzenie gruźlicze istnieje. A więc: normalny obraz krwi nie wyklucza sprawy gruźliczej.

Lekkie nawet przesunięcie obrazu na lewo w przypadkach łagodnych, nie dających objawów klinicznych i roentgenologicznych, przemawia, po wykluczeniu innych cierpień, za sprawą gruźliczą czynną (przypadek, w którym 2 mies. po stwierdzeniu przesunięcia na lewo przy braku innych objawów — wystąpiło krwioplucie). Im cięższe jest schorzenie tem przesunięcie na lewo jest większe. Zdaniem autora, dopiero z szeregu hemogramów można wysnuć wnioski pozytywne.

Co zaś do sedymentacji — autor na mocy doświadczeń swoich twierdzi, że przy pomocy tej metody raz zastosowanej nie można z zupełną pewnością odróżnić sprawy czynnej od nieczynnej. Autor spostrzegał normalną sedymentację przy sprawach rozległych z jamami nawet; uważa jednak, że kilkakrotne badanie sedymentacji w każdym poszczególnym przypadku jest dobrym odczynem rokowniczym. Ogółem zaś sedymentacja jest daleko mniej wrażliwa i nie tak dobitnie, zdaniem autora, wykazuje zmiany chorobowe, jak hemogram. Ale i hemogram, czuły na wszelką infekcję — nie może być pewnym wskaźnikiem wczesnej gruźlicy.

M. Scherki: *Wzór morfotyczny przy gruźlicy płuc i wpływ na niego kuracji swoistej.* Praca obejmuje 50 przypadków gruźlicy płuc po zastosowaniu leczenia tuberkuliną i dla kontroli 20 przypadków bez niej. Większość autorów stoi obecnie na punkcie widzenia Naegeli'ego, że gruźlica płuc niepowikłana przebiega bez zwiększonej ilości leukocytów; wyjątkowo tylko spotyka się tu leukocytozę. W rozległych sprawach rozpadowych występuje leukocytoza, która w przypadkach ciężkich może powrócić do normy i poniżej — i wówczas świadczy o złym przebiegu sprawy chorobowej. Inni autorzy jak Steffens, Blumenfeld i Schnorenberg twierdzą, że leukocytoza jest wszystkim okresom gruźlicy właściwa.

Autor wysnuwa ze swych badań takie wnioski: 1) lekką leukocytozę spotkać można we wszystkich postaciach gruźlicy płuc, niezależnie od rodzaju i rozległości sprawy; 2) we wszystkich okresach gruźlicy od lekkich aż do ciężkich spraw wrzodziejąco-jamistych można znaleźć normalną ilość leukocytów. Steffens, Gloel, Blumenfeld i inni autorzy stwierdzili neutrofilję przy cięższych sprawach gruźliczych. Podług Romberga wzrost neutrofilów do 75% należy uważać za znak niepomyślny. Klemperer zaznacza, że w ciężkich przypadkach gruźlicy można obok normalnej i nawet zmniejszonej ilości leukocytów stwierdzić 75% neutrofilów. Klee-

man twierdzi, że dopiero po wykluczeniu infekcji mieszanej wolno na neutrofilji oprzeć złe rokowanie. Według Arnetha wzór morfotyczny nigdy nie jest normalny przy gruźlicy czynnej. Silne przesunięcie na lewo należy uważać za zły znak, przesunięcie na prawo w przebiegu choroby wskazuje na poprawę. Prawdziwie normalny obraz otrzymuje się tylko przy gruźlicy wygojonej. Romberg stwierdza często przesunięcie na lewo, lecz często i jego brak przy znacznych nawet zmianach. Inni autorzy uważają (Baer, Turban, Gloel) przesunięcie na lewo za odczyn nieswoisty, mający tylko znaczenie warunkowe.

Autor w swoich badaniach otrzymał w 10 przypadkach czysto wytwórczych, marsko-jamistych i wrzodziejąco-jamistych przeszło 70% neutrofilów, — a zatem piąta część chorych wykazywała neutrofilję niezależną od rodzaju schorzenia. Przesunięcie na lewo autor stwierdził w 8 przypadkach. Zdaniem autora, ani neutrofilów, ani ich klasyfikacji za pdstawę djagnostyczną ani rokowniczą użyć nie można.

Co do limfocytów, autorzy twierdzą zgodnie, że w gruźlicy początkowej ilość ich jest niewysoka, w okresach zaś późniejszych wzrasta i wciąż może być uważana jako znak pomyślny. Baer upatruje w limfocytozie miernik odporności organizmu. Bergel przypisuje limfocytom bezpośrednie działanie na otoczkę lasecznika przy pomocy pewnych rozszczepiających tłuszcz fermentów. Aschoff wykazał, że limfocyty tego wybiórczego wpływu na ciała lipoidalne nie posiadają. Badania autora odpowiadają wynikom innych autorów. W $^{3}/_{4}$ przypadków stwierdzał stale lub przejściowo przeszło 30% limfocytów, przeważnie w przypadkach łagodnych, aczkolwiek i w przypadkach wrzodziejąco-jamistych autor wielokrotnie spostrzegał przeszło 35% limfocytów. Znaczenie rokownicze limfocytozy jest nieduże — rozpoznawcze żadne, gdyż cały szereg innych chorób taki obraz krwi dawać może.

Co do eozynochłonnych, to autorzy jednogłośnie prawie przypisują im znaczenie pomyślne w rokowaniu. Nagłe zmniejszenie eozynochłonnych świadczy o wyczerpaniu sił obronnych ustroju. Według Romberga, eozynofiloza jest najbardziej miarodajną w ocenie wzoru morfotycznego. Spostrzeżenia autora w tym względzie od innych odbiegają; nie spostrzegał on zwiększonej eozynofilozy w przypadkach lekkich i łagodnych, ani też znikania jej w przypadkach ciężkich. W ostatnich czasach usiłowano zastosować zmiany we krwi po podaniu tuberkuliny jako wskaźnik w lecznictwie. Sahli dużą wagę przypisuje limfocytom i przesunięciu na lewo w sensie Arnetha. Inni autorzy eozynofilozę tłumaczą jako znak poprawy. Raffauf twierdzi, że prócz odczynu eozynofilowego i odczyn limfocytowy jest wskaźnikiem dobrym, natomiast leukocytoza, zwłaszcza z przesunięciem obrazu na lewo i brakiem eozynofilozy jest znakiem niepomyślnym. Zdaniem jego, odczyn krwi jest czulszy niż inne odczyny, wyprzedza on często odczyn ogólny.

Michels otrzymał dane wątpliwe. Na 10 przypadków, leczonych tuberkuliną, w 2 tylko miał eozynofilozę i poprawę. W innych przypadkach odczyn był wątpliwy. Renner po podaniu tuberkuliny otrzymywał zawsze limfocytozę do 52% i prawie zawsze eozynofilozę. Przypuszcza on, że obserwacja obrazu krwi pozwala na określenie granicy odczynu: zwiększenie ilości leukocytów, zwłaszcza pałeczkowatych nakazuje ostrożność.

W 50 przypadkach, badanych przez autora przed i po podaniu tuberkuliny autor stwierdził nieznaczne zwiększenie białych ciałek krwi w tych przypadkach, które dawały silny odczyn lokalny. W 12 przypadkach ilość leukocytów była zwiększona, w 6 nawet zniżona. Neutrofilja w pojedyńczych przypadkach nieznacznie zwiększona. Limfocytoza zwiększona zarówno w sprawach wytwórczych jak i wysiękowych. Eozynofiloza zaś zachowywała się wręcz odwrotnie, niż u innych autorów; w ani jednym przypadku, nawet po dużych dawkach tuberkuliny, autor nie stwierdził eozynofilozy. Lekką eozynofilozę do 5% stwierdził w 5 przypadkach.

Zdaniem autora, biały obraz krwi niewielkie ma znaczenie w rozpoznawaniu, rokowaniu i lecznictwie gruźlicy płuc.

K. B. G. (Łódź).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, Nr. 34, z 22 sierpnia 1926: M. Proner: O bakterjologicznej kontroli dobroci katgutu. — Sprawozdanie z działalności Państw. Instytutu farmaceutycznego (dokończenie). — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz.

Lekarz wojskowy, Rok VII, Nr. 5 z maja 1926: A. Kończacki: Polowa służba zdrowia w kawalerji. — T. Widmański: O wpływie wysięków opłucnej na czynność serca i naczyń. — H. Becker: Przyczynek do analizy chemicznej przedmiotów kauczukowych. — L. Zembrzuski: Lazaret Radziwiłłowski. (Przyczynek do dziejów założenia szpitala wojskowego na Ujazdowie).

Polska dentystyka, Rok IV, Nr. 4, za lipiec i sierpień 1926: M. Brill: Dentystyczna opieka szkolna. — R. Litwin: Walka z masową próchnicą zębów u dzieci. — S. Sokalski: Arszenik i jego zastępki a leczenie miazgi (dok.).

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, Nr. 35, z 29 sierpnia 1926: H. Krauze: O zadaniach farmaceuty współczesnego jako chemika środków spożywczych. — IV Kongres międzynarodowy medycyny i farmacji wojskowej w Polsce. — Rozporządzenia i okólniki władz.

Zdrowie, Rok XLI, Nr. 9 z września 1926: J. Pollak: Gospodarka sanitarna samorządów polskich na podstawie zamknięcia rachunkowego za rok 1924. — K. Karaffa-Korbut: O metodyce nauczania higjeny w szkołach średnich.

Medycyna doświadczalna i społeczna, Tom IV, zeszyt 1—2 z r. 1926: W. Chodźko: Program i zakres nauczania w Państwowej Szkole higjeny w Warszawie. — B. Gutowski: Studjum doświadczalne nad ciałami czynnemi mózgu. — F. Goebel: Osteomalacja (zmiękniente kości) jako zakwaszenie organizmu. — H. Brokman i M. Prokopowicz-Wierzbowska: Badania doświadczalne nad istotą skórnego odczynu tuberkulinowego. — I. W. Supniewski: Wpływ insuliny na powstawanie aldehydu octowego w tkankach. — Z. Kołodziejski i K. Funk: Wpływ insuliny w przemianie fosforu. — A. Ławrynowicz i Z. Bondanowicz: Doświadczenie nad wpływem odżywiania na przebieg zakażenia gruźliczego. — M. Minkowski: O współczesnym stanie nauki o odruchach w świetle biologji ogólnej. — S. Kopczyński: Higjena szkolna i wychowanie fizyczne na Zachodzie — M. Kacprzak: Kronika epidemjologiczna Nr. 1.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Posiedzenie naukowe lekarzy kolejowych Dyrekcji kolejowej we Lwowie.

odbyło się dnia 21 marca 1926 o godz. 11-tej, obecnych członków 23, przewodniczył Kolega Dr. Zgórski.

Kol. Dr. Fritz: przedstawia 12-miesięczne dziecko kolejarza W. S. chłopczyka, u którego wielki palec obu rąk wykazuje skrzywienie w kierunku dłoni *pollex valgus*. Wadę tę stwierdził i u innych członków tej rodziny. Zdjęcia roentg. z rąk dziecka, ojca dziecka, ciotki (wyk. Dr. Meisels), wykazują w obu kciukach dodatkowy człon trzeci. Zbadano całą rodzinę, żyjącą, której drzewo genealogiczne na podstawie zapodań do pradziadka sięgające prelegent przedstawił. Z 40-stu członków tejże 26 było potomków męskich a 14 kobiet. Wada dominuje u kobiet (9) u mężczyzn pojawia się tylko dwa razy. Wśród potomków żeńskich występują i inne zaburzenia w kośćcu ręki jak rozszczepienia członą paznokciowego kciuka i 6-ty palec u obu rąk. U ojca dziecka stwierdza się w kośćcu stopy obustronny *hallux valgus*. Prelegent podkreśla rzadkość przypadku, omawia odnośne piśmiennictwo i poglądy tłumaczące tę wadę rozwojową, zaznaczając, że w przypadku przedstawionym wybitna krzywizna dotknęła również znacznie kośćca ręki nie naruszając jednak jąder kostnych członów dodatkowych, co jest ze stanowiska siły dziedziczności ciekawem. (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji Dr. Mieczysław Andruszewski nawiązując do dziedziczenia się pewnych schorzeń uznaje konieczność przyjęcia pewnej djatezy wysiękowej w niektórych przypadkach j. n. p. schorzeń skórnych u dzieci, przestrzega jednak przed zbytniem uogólnianiem tego pojęcia i przed rozpoznawaniem djatezy w każdym przypadku schorzenia skóry eczema (których wiele ma za przyczynę wyłącznie tylko bodźce zewnętrzne *(dermatitis arteficialis)*.

Kolega Dr. Stanisław Dekański zwraca uwagę na przenoszenie się pewnych dziedziczonych anomalji wzrokowych jedynie drogą osobników żeńskich.

Kolega Dr. Oswald Zion zaznacza w kwestji poruszonej przez Kol. Dekańskiego, że prof. Machek na zjeździe okulistów we Lwowie w r. 1924 w wykładzie o dziedziczności optycznej budowy oka doszedł do wniosku, że emetropja jest wynikiem naturalnego rozwoju i jako taka jest dziedziczna. Zboczenia refrakcyjne oczów pochodzą od przodków i jest prawdopodobne, że refrakcja silniejszej i zdrowej linji w rodowodzie przeważa u potomstwa.

Kol. Dr. Adam Lewinter na uwagę Kol. Dr. Andruszewskiego, że zbyt często przypisuje się charakter wysiękowy wypryskom, które przy bliższem badaniu okazują się następstwem podrażnienia skóry bodźcami zewnętrznymi, — zauważa, że często można

w takich przypadkach odnaleść jako bezpośrednią przyczynę wyprysku bodziec zewnętrzny, ale praktyka codzienna wykazuje również, że jedne i te same bodźce zewnętrzne u jednych dzieci wywołują wyprysk, u drugich zaś nie. Podobnie jak w następstwie uderzenia w nóżkę u jednego dziecka rozwinie się gruźlica stawu lub kości, u drugiego zaś przejdzie bez następstw. Pojęcie skazy jako czynnika usposabiającego — ma więc swoje uzasadnienie.

Kolega Dr. Meisels: przedstawia przypadek raka płaskokomórkowego z bardzo korzystnym wynikiem leczenia promieniami roentgena i radu. W przypadku tym schorzenie doprowadziło do głębokich owrzodzeń zajmujących prawie całą lewą stronę szyji i górną ćwiartkę przedniej ściany klatki piersiowej. W dwu miejscach powstały głęboko do śródpiersia drążące przetoki. Z powodu tych rozległych, cuchnących owrzodzeń ogólny stan chorego był bardzo podupadły.

Chory został poddany skombinowanym naświetleniom promieniami Roentgena i radu i otrzymał od sierpnia 1925 do obecnej chwili 7 pełnych dawek rumieniowych 1100 mlgh. radu. Wynik tego leczenia przedstawia się b. pomyślnie. W miejscu owrzodzeń widzimy dzisiaj gładką, zaciągniętą bliznę. Przetoki zupełnie zamknięte. Niewygojonem jest obecnie jedynie miejsce około przymostkowej 3 części obojczyka, które z powodu ogołocenia z okostnej ulega oddzieleniu. Stan ogólny chorego równie znacznie się poprawił. Chory przytył, przybrał w przeciągu 8-miesięcy 16 kg. na wadze i czuje się obecnie zdolnym do pracy. Obecnie tylko chrypka, spowodowana porażeniem nerwu powrotnego lewego i zespół objawów Hornera w lewem oku, pochodzący prawdopodobnie z ucisku blizen w głębi na odpowiednie nerwy, świadczą o tem jak daleko był posunięty proces chorobowy.

Prelegent omawia sposoby naświetlań nowotworów złośliwych. Leczenie nowotworów wymaga dużych dawek energji roentgenowskiej i radowej. Jednorazowe jednak zaaplikowanie tak wielkich dawek wpływa niszcząco na prawidłowe tkanki i soki ustroju, tak, że może unicestwić całe lecznicze działanie naświetlań. Rozdzielone naświetlania znosi cały organizm znacznie lepiej, tak, że można w ten sposób zaaplikować dawkę w sumie kilka razy większą od takiej dawki, która zaaplikowana jednorazowo wywołałaby poważne uszkodzenia. Natomiast komórki nowotworowe jak i szybko rozmnażające się komórki tkanek prawidłowych (n. p. spermatologonie) są jak to doświadczenia Regaude'a, Lacassagne'a, Mohra i Holthusena wykazały bardziej wrażliwe na rozłożone przez dłuższy czas stosowane naświetlania. Odwrotnie więc niż naprzykład skóra, tkanki o szybko rozmnażających się komórkach gorzej kompenzują uszkodzenia wywołane przez rozdzielone naświetlania. W ten więc sposób rozdzielenie naświetlań przynosi podwójną korzyść, z jednej strony uzyskujemy mniejsze uszkodzenia prawidłowych tkanek i płynów organizmu, z drugiej zaś strony niszczący wpływ na komórki nowotworowe zostaje wzmocniony. Przyczyna tego leży, zdaje się, w wahaniach wrażliwości nowotworów na wpływ naświetlań. W pewnych okresach wrażliwość ta jest większa (w okresie dzielenia się komórek) niż w innych. Wobec tego rozłożone naświetlania łatwiej mogą zadziałać na większą ilość komórek w okresie podziału, w stanie zwiększonej wrażliwości, aniżeli jednorazowe naświetlenie. Ale z drugiej strony wrażliwość komórek nowotworowych na działania energji promieniowej, aplikowanej w zbyt rozdrobnionych dawkach wyczerpuje się z czasem. Reakcje na naświetlania stają się coraz mniejsze aż wreszcie ustają zupełnie, nawet na działanie największych dawek. Z nieznanych dziś jeszcze przyczyn powstaje pewnego rodzaju odporność komórek tych na wpływ promieni. Stąd też szkoła niemiecka Seitza i Wintza starała się silnem jednorazowem naświetleniem zniszczyć wszystkie komórki danego nowotworu, by uniknąć wyczerpania się ich wrażliwości. Metoda ta jednak z wyżej podanych przyczyn daje tylko w pewnej ograniczonej liczbie przypadków dobre wyniki. Dla większości przypadków nowotworów najodpowiedniejszem jest rozdzielenie naświetlań. Ale rozdzielenie to musi być w ten sposób przeprowadzone, by można było z jednej strony wykorzystać okresy zwiększonej wrażliwości, z drugiej zaś strony niedopuścić do uodpornienia się komórek nowotworowych na działanie energji roentgenowskiej i radowej.

W dyskusji kolega Dr. Miecz. Andruszewski zaznacza, że widzi pierwszy przypadek o takim efekcie leczniczym.

Kolega Dr. Oswald Zion zwraca uwagę na *Miosis*, lekką *Ptosis* i *Exopthalmos* w oku lewem (kompleks Hornera) u przedstawionego chorego, objawy te dają się tłumaczyć nowotworem *(Sarcoma* lub *Carcinoma)* albo bliznami powstałemi po leczeniu promieniami Roentgena i radem — które uciskają na szyjną część nerwu współczulnego *(Paresis nervi symphatici)*.

Kolega Dr. Józef Fritz zaznacza, że stwierdzony u demonstrowanego zespół objawu Hornera świadczy o głębokości procesu rozpadowego na szyji w następstwie czego uszkodzony został nerw współczulny szyji i nerw błędny.

Kolega Dr. Oswald Zion przedstawia kobietę 50-letnią z upośledzeniem wzroku z powodu obuocznej niedojrzałej zaćmy torebkowo-soczewkowej *(Cataracta capsulo-lenticularis oc. ut.)*.

Przypadek ten o tyle jest ciekawy dla ogółu lekarzy, że oprócz zaćmień na torebce i w jądrze soczewki widać dokładnie makroskopowo kryształki cholestearyny w postaci błyszczących plamek i — skrzących się w zaćmie.

Kolega Dr. Józef Fritz podkreśla ważność powstania związku naukowego lekarzy kolejowych we Lwowie, który zajmować się będzie specjalnemi zagadnieniami z dziedziny higjeny. Referaty wygłoszone omawiać bowiem mogą sprawy dotyczące zdrowotności pracy kolejarza, jego zdolności do pracy zawodowej, warunki tejże, higjenę komunikacji, szerzenie się pewnych schorzeń szlakiem dróg kolejowych, inżynierję sanitarną budownictwa kolejowego i t. d.

Rozmaitość problemów jest przebogatą, opracowanie ich u nas prawie w powijakach. Zaznacza konieczność dokładnych danych statystycznych, pomiarów i t. d. które powinny być przechowywane jako ważny materjał do opracowania higjeny kolejnictwa, nawiązanie stosunków z piśmiennictwem fachowem zagranicznem, stworzenia czytelni dla lekarzy kolejowych, która posiadałaby odnośne pisma. Wiadomości z zakresu higjeny przemysłu kolejowego i pracy zawodowej powinne być szerzone w popularnych wykładach wygłoszonych przez lekarzy kolejowych wśród pracowników kolejowych. Prelegent sam będzie mógł przedłożyć dane o zdrowotności dzieci kolejarzy oparte na obserwacji kilku tysięcy dzieci badanych dotychczas w dziecięcej przychodni kolejowej. Jestto materjał z kilku zaledwie miesięcy istnienia tejże przychodni, która stale i z nadzwyczajną szybkością wzrasta a który pozwoli bez wątpienia na obszerne opracowanie zagadnienia opieki nad dzieckiem kolejarza.

W dyskusji Kol. Dr. Adrjan Demianowski wyszczególnia ważniejsze zagadnienia z dziedziny higjeny kolejowej i zwraca uwagę na ważność badań psychotechnicznych dla przyszłego rozwoju kolejnictwa. Zapowiedziany na Zielone Święta Zjazd Lekarzy Kolejowych R. P. w Gdańsku będzie odpowiednim terenem dla poruszenia powyższych zagadnień. Kol. Dr. Zgórski przypomina, że sam zajmował się pewnemi zagadnieniami związanemi z wypadkami wśród pracowników kolejowych a zebrane dane statystyczne opublikował swego czasu łącznie z Dr. A. Demianowskim.

Sprawozdanie z posiedzenia Sekcji San. T. W. W. we Lwowie wspólnie z Kołem Naukowo Lek. Szpit. Powsz. odbytego na Klinice ocznej dnia 14 kwietnia 1926.

Przewodniczący: Prof. Dr. Węgłowski płk.
Obecnych 76.

1. Dr. Spittal: przedstawia przypadek *ductus arteriosas persistens*, przypadek dotyczy szeregowego r. 1904 ucznia szoferskiego, służącego w wojsku od 1. X. 1925. Do szpitala przybył 9. III. br. ze skargami na kłucie w lewym boku, kłujący ból w sercu, „zapieranie oddechu" szybkie męczenie się i zawroty głowy. Odczuwał bole ale w mniejszym stopniu od 8 lat. Chorował w drugim roku życia na płonicę. Dziedzicznie nie obciążony. *Stat. praes.* płuca objawy nieżytu oskrzelowego, serce: granica lewa na linji sutkowej lew., lewa klatka piersiowa nieco uwypuklona. Widoczne tętnienie w drugim 1. międzyżebrzu, nad koniuszkiem w sublawia i *carotis* oraz brzusznej. W 2. l. międzyżebrzu i nad końcem wyczuwalne drżenie. Nad końcem podmuch skurczowy w pozycji leżącej słyszalny prawie na linji pachowej. Nad płucną wybitny szmer skurczowy i pomruk, 2 ton wzmożony. Szmery i tony lepiej słyszane po lewej stronie mostka. Nad aortą lekkie wzmożenie tonów, w szyjnych szmer skurczowy i ton. Przytłumienie Gerhardta, ciśnienie krwi: (Reckl. 1.130—97 mm. pr. 127—97. W. R. ujemny, mocz C. G. 1017, objaw Franccis Francka. Roentg. łuk tętnicy płucnej dość silnie uwypuklony, tętnienie na łuku tętnicy płucnej wzmożone.

Dr. Spittal referuje następnie powyższą sprawę. *Duct. arter.* embrjonalnie stanowi połączenie *a. pulm.* z aortą i służy płodowi do przeprowadzenia większej masy krwi płynącej z *v. cava sup.* do prawego serca, z pominięciem krążenia płucnego, wprost do *aort. desc.* Stan ten po urodzeniu się, (funkcjonowanie płuc) zmienia się radykalnie. *Duct. art.* traci swe znaczenie dla krążenia i zamyka się. Sprawa samego zamknięcia się przewodu, mimo szeregu teorji dotychczas nie rozwiązana należycie. W starej literaturze wada ta bardzo rzadko spotykana, w nowszych czasach (Spieler) stoi na pierwszem miejscu w tabeli wad wrodzonych (36.88%). Klinicznie wiele zawdzięczamy Gerhardtowi który zwrócił uwagę na typowe przytłumienie w formie trapeza. 2) Roentg.: rozszerzenie i tętnienie łuku A. pulm., 3) rozszerzenie i przerost pr. a często i lew. serca, 4) głośny ostry szmer skurczowy lub roz-

kurczowy w 2 lew. międzyżebrzu, 5) pomruk skurczowy w tem samem miejscu dobrze wyczuwalny, przenoszący się do naczyń szyjnych, 6) wyraźnie wzmożony 2 ton nad płucną, 7) brak sinicy, 8) nieznaczne skargi subjektywne, 9) objaw Franccis Francka.

Prognoza co do życia nie zawsze zła; długość życia przeważnie 30 l., a śmierć następuje zwykle z powodu zaburzeń sercowych w czasie innej choroby zazwyczaj płucnej. Śmierć stosunkowo nagła.

2. Dr. Spittal przedstawia przypadek rybiej łuski *(ichtyosis)* w bardzo znacznym stopniu i bardzo symetrycznie rozprzestrzenionej. Poza twarzą rękoma i stopami, całe ciało pokryte zgrubiałym znacznie w tarcze i łuski podzielonym nabłonkiem zielono szarym.

3. Dr. Parfanowicz referuje: 2 przypadki *zakażenia laseсznikiem ropy błękitnej w ginekologji.* Jakkolwiek sprawa sama nie jest stosunkowo rzadką, choć zachodzi znacznie rzadziej niż zakażenia ran innymi drobnoustrojami, mało się o niej mówi może z tego powodu że nie przedstawia ona ani teoretycznie, ani praktycznie, interesu dla badacza i lekarza. A jednak obserwacja takiego zakażenia pozwala wysnuć pewne ciekawe i charakterystyczne wnioski. Zakażenie lasecznikiem ropy błękitnej nastąpiło tego samego dnia, u chorych drogą Mühsama, który wykazał obecność tegoż lasecznika na skórze chorych w miejscach pocących sie i będących pod okładami prysznica, a więc w miejscach działania ciepła wilgotnego. Lasecznik ten opaźnia znacznie gojenie się ran, daje włókniste naloty na ranie granulującej, tworzy barwik sinozielony tylko powierzchownie, przyczem opatrunki zostają zabarwione, sama zaś ropa zostaje bezbarwna, stwierdza się obecność barwika rudego powstającego z pyocyaniny. Przemiana ta barwików ma miejsce w ostatnim już okresie przed wygojeniem. Dalej stwierdza się obecność swoistego słodkawego zapachu kwiatowego i terapetycznie ważną oporność lasecznika ropy błękitnej na ciała odkażające ranę, choć najsilniej działa jeszcze *tr. jodi.* Leczniczo przy użyciu jodyny najlepszym środkiem, to szczepionka przeciw lasecznikowa z hodowli z samej rany, przyczem szczepionka działa podobnie do obcego białka z wywołaniem gorączki i zaczerwienieniem po wstrzyknięciu, wskutek działania toksyn i endotoksyn.

Sprawozdanie z posiedzenia Sekcji San. T. W. W. we Lwowie wspólnie z Kołem Naukowo Lek. Szpit. Powsz. odbytego na Klinice ocznej dnia 9. czerwca 1926.

Przewodniczący: Prof. Dr. Węgłowski płk.

Obecnych 48.

1. Dr. Arendt: *Guz pozardzeniowy i jego usunięcie.* Mówca przedstawia chorego lat 40 u którego na oddziele nerw. szpit. stwierdzono guz pozardzeniowy. Rozpoznanie oparto nietylko na ściśle ustalonym stanie neurologicznym, lecz wykonano jeszcze zdjęcie Roentg. po uprzedniej suboccipitalnej injekcji lipojodolu. Chory ostatnio w stanie zupełnego prawie bezwładu operowany przez prof. Dr. Schramma, obecnie w 2 mies. po operacji zaczyna chodzić o własnych siłach. Utrzymują się jeszcze zaburzenia czucia głębokiego o typie tabetycznym. Guz usunięto z łatwością. Mikroskopowo *fibroma sarcomatodes* długości 8 cm.

W dyskusji zabierają głos: prym. Domaszewicz, prof. Węgłowski, Dr. Ziembicki i Dr. Griffel.

2. Dr. Sołtysik przedstawia 2 przypadki pourazowego kostniejącego zapalenia mięśni *(myositis ossificans).* Obydwa dotyczą ułanów. Mimo tak często spotykanych urazów, stosunkowo rzadko rozwija się podobny obraz chorobowy. Momentem przyczynowym jest zwykle uraz miażdżący, podobnie jak w tych wypadkach kopnięcie przez konia. Okres ukonstytuowania się zmian trwa przeciętnie 3—4 tyg. W tym czasie zdjęcie Roentg. daje zwykle cień rozlany, krzaczastej formy, słabo uwapniony. Po dalszych kilku tygodniach uwapnienie staje się silniejsze, granice ostrzejsze, wyraźnie oddzielają się od niezmienionych partji mięśni. W pierwszych tygodniach znaczne upośledzenie sprawności ruchów (zależne naturalnie od rozległości zmian i od ważności danej grupy mięśni) w następnych następuje znaczna, często nawet zupełna poprawa dzięki zdolności przystosowania się mięśni do zmienionych warunków pracy. Leczenie: bezpośrednio po urazie unieruchomienie i okłady nagrzewające, w razie wytworzenia się większego krwiaka punkcja, następnie masaż, kąpiele.

3. Dr. Sołtysik: przedstawia *złamanie obojczyka,* jedno z najczęściej spotykanych, a często nie racjonalnie leczonych. Zdaniem mówcy żaden opatrunek poza gipsowym nie może doprowadzić do idealnego zrostu odłamków, nie przeciwstawiając dostatecznego oporu dla środkowego z nich, który pociągany przez mięśnie szyjne, stale zostaje przemieszczonym ku górze. Nadto wszystkie opatrunki zakładane przy maksymalnym odchyleniu łokcia ku tyłowi sprawiają chorym znaczne dolegliwości. Opatrunek gipsowy posiada niezaprzeczoną wyższość dzięki temu, że wmodelowany w dołek nadobojczykowy przytrzymuje odłamek nie pozwalając mu na przesunięcie się ku górze. Ustawienia odłamków przed opatrunkiem najlepiej dokonać w znieczuleniu miejscowem.

4. Dr. Tchórznicki: przedstawia chorego szer. u którego rok rocznie w lecie pod wpływem działania promieni słońca pojawiają się na skórze powierzchowne owrzodzenia znikające po usunięciu chorego z pod wpływu światła. Identyczne zmiany sprowokować można u niego, naświetlaniem lampą kwarcową lub promieniami Roentg. Owrzodzenia te są umiejscowione na skórze twarzy i rąk.

5. Inż. Janusz Bohdan: *architektura 6. Okr. Szpit. Wojsk. we Lwowie.* Mówca stwierdza, że obecny gmach mieści w swem lewem frontowem skrzydle były kościół św. Wawrzyńca z XVI. wieku. Kościół ten, a później klasztor był w posiadaniu OO. Bonifratrów. Dzięki ostatnio przeprowadzonej rekonstrukcji wydobyto cały szereg pięknych architektonicznych szczegółów z pod grubej warstwy tynku (brama wejściowa i t. d.).

Sekretarz: *Dr. Spittal Stanisław, kpt.*

Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

Posiedzenie z dnia 14. listopada 1925 r.

Przewodniczący: A. Wizel.

Pokazy:

M. Brunowa. *Pokaz przypadków bezpośredniego dziedziczenia schizofrenji.*

Mówczyni przedstawia rodzinę, składającą się z matki i 2 synów, oraz tablicę genealogiczną tej rodziny, obejmującą 4 pokolenia. Matka i obaj synowie są dotknięci jednem i tem samem schorzeniem psychicznem w postaci schizofrenji.

52 letnia matka, obdarzona od dziecka wybitną konstytucją schizoidalną, od 6 lat wykazuje zaburzenia psychiczne w postaci schizofrenji z objawami paranoidalnemi i katatonicznemi. Starszy syn, liczący lat 27, od wczesnego dzieciństwa wykazywał cechy, charakterystyczne dla *moral insanity,* a od szeregu miesięcy wykazuje wzmożone samopoczucie, sensacje cielesne, hypnotyzacje omamy słuchowe i kompleks urojeniowy w stosunku do kościoła i kleru katolickiego — objawy, składające się na obraz schizofrenji paranoidalnej. Należy tu jednak wziąć pod uwagę i tę okoliczność, że chory przechodził kiłę w marcu 1923 roku i że badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na Wassermanna dało wynik dodatni. Przypadek więc ten mógł być równie dobrze czystą schizofrenją, jak i kiłą mózgu pod postacią obrazu schizofrenicznego. Należy tu jednak przypuszczać, że choroba umysłowa danego osobnika przypada, jeżeli nie na okres poprzedzający zakażenie luetyczne, to w każdym już razie występuje jednocześnie z tem ostatniem, gdyż chory, który do 1922 roku pełnił swoje obowiązki służbowe należycie, od roku 1922 miewa pierwsze kolizje z otoczeniem, które z czasem przekształcają się w wyraźne urojenia prześladowcze, zaś w roku 1923 zostaje zwolniony ze służby. Jeżeli do tego dodamy dobrą pamięć chorego, brak defektów inteligencji, dość dużą aktywność psychiczną i brak pewnej indolencji, tak charakterystycznej dla organicznych spraw pochodzenia luetycznego, jak również to, że badanie cielesne, poza opieszałością reakcji źrenic na światło, innych zmian w układzie nerwowym nie wykazało, że badanie cytologiczne i chemiczne płynu mózgowordzeniowego dało wyniki ujemne, to z całą pewnością przyznać trzeba istnienie w danym przypadku schizofrenji paranoidalnej.

Młodszy syn, liczący 22 lata, od dziecka był schizoidem, a od paru lat wykazuje obraz schizofrenji z objawami katatonicznemi.

U omawianych osobników, poza bezpośredniem dziedziczeniem schizofrenji, stwierdzić można również obustronne obarczenie dziedziczne w powstaniu schizofrenji, gdyż ojcem omawianych braci jest alkoholik z konstytucją schizoidalną.

Dyskusja:

Bychowski (jun.). Sam fakt dziedziczenia bezpośredniego jest dość zastanawiający. Wobec tego tembardziej należy sobie zadać pytanie, czy zakażenie kiłowe nie odegrało pewnej roli w ukształtowaniu się całego obrazu. Kto wie, czy połączenie wybitnie schizoidalnego podłoża z intoksykacją kiłową nie może dać tego rodzaju sprawy i czy tej etjologji nie zawdzięcza przypadek takich rysów, jak brak zaburzeń skojarzeniowych i względna poprawność zachowania się.

Nelken. Nie widzi związku pomiędzy przebytą kiłą u starszego syna, a obrazem schizofrenicznym. Nie wiadomo nawet, czy zakażenie kiłowe nie nastąpiło już w stanie wyraźnie schizofrenicznym. Obraz choroby zupełnie wystarcza do rozpoznania tutaj schizofrenji bez uciekania się do hipotez pomocniczych, tembardziej, że zespoły paranoidalne w sprawach kiłowych wyglą-

dają zupełnie inaczej (poczucie choroby, brak rozpadu osobowości).

Borusztajn. W danym przypadku niema wątpliwości co do schizofrenji paranoidalnej u starszego syna. Brak zaburzeń skojarzeniowych wcale przeciwko temu nie przemawia; przemawia zaś za tem bezwzględnie owo poddawanie myśli cudzych, co spotyka się tylko w schizofrenji, a nigdzie indziej.

Prof. Mazurkiewicz. Jakkolwiek początek sprawy schizofrenicznej jest nieuchwytny, to jednak w przypadku tak dalece rozwiniętego obrazu schizofrenji paranoidalnej, jak u starszego syna, musimy przyjąć przynajmniej paroletni okres rozwoju wstępnego, który tu przejawiał się jeszcze przed wrzodem twardym w tych scysjach służbowych, które potem się przekształciły w wyraźne urojenia; zakażenie kiłowe wystąpiło tu zatem w przebiegu rozpoczynającej się schizofrenji.

Higier również broni rozpoznania schizofrenji.

Wizel mówi o obserwowanej przez siebie w szpitalu rodzinie, w której istniało również bezpośrednie dziedziczenie schizofrenji; członkowie tej rodziny jednocześnie dziedziczyli wybitny talent muzyczny.

W dyskusji zabierali także głos: Pręgowski, Łuniewski, Kamiński oraz Brunowa.

Posiedzenie z dnia 14. grudnia 1925 r.
Przewodniczący: A. Wizel.

Odczyt A. Wizla: *O współczesnej psychjatrji francuskiej.*

W odczycie swym mówca zobrazował stan współczesnej psychjatrji francuskiej, wykazując wszystkie panujące w niej obecnie kierunki. Z kierunków tych najbardziej dominującym jest obecnie kierunek psychologiczny, który zrodził się z jednej strony pod wpływem Bleulera, z drugiej pod wpływem Freuda. Wielką zasługę w zaznajomieniu psychjatrów francuskich z koncepcjami naukowemi Bleulera i Freuda położyli E. Minkowski (Polak) i Laforgue (Alzatczyk), dwaj psychjatrzy, pracujący w Paryżu. Teorjami szwajcarskiego i wiedeńskiego mistrza przejął się profesor psychjatrji Uniwersytetu paryskiego, H. Claude, który wraz ze swoimi uczniami zaczął rozwijać koncepcje psychologiczne schizofrenji. Ale prace Claude'a i jego szkoły nie są tylko niewolniczem naśladownictwem poglądów szkoły Bleulera. Claude usiłuje wnieść do tych poglądów pewien czynnik twórczy. Wielką grupę kliniczną: schizofrenję, rozbija on na dwie podgrupy, nie mające jakoby nic ze sobą wspólnego: 1) na właściwą schizofrenję, — psychozę czynnościową, opartą na pewnej wrodzonej konstytucji psychopatycznej (schizoidalnej) i 2) na otępienie wczesne, — psychozę organiczną, prowadzącą do rzeczywistego otępienia. — To jednak dążenie szkoły Claude'a do rozczłonkowania schizofrenji nie jest oparte na racjonalnych podstawach.

Przechodząc do innych prac psychologicznych nad schizofrenją, należy podnieść zasługi E. Minkowskiego, który doskonale pogłębił koncepcję psychologiczną Bleulerowską schizofrenji i wprowadził pewien nowy objaw schizofreniczny, a mianowicie t. zw. *„attitude schizophrenique"*.

Tendencje psychologiczne Claude'a i jego szkoły najjaskrawszy swój wyraz znalazły w badaniach, prowadzonych w duchu psychoanalitycznym. W 1925 r. został założony przez tę szkołę organ p. t. „Evolution psychiatrique", poświęcony psychoanalizie i psychologji klinicznej.

Prócz wybitnie psychologicznego kierunku współczesnej psychjatrji francuskiej charakteryzuje ją inna jeszcze, bardzo doniosła tendencja, a mianowicie dążność do przewartościowania wszystkich dawnych pojęć klinicznych. Psychjatrja francuska do ostatnich lat była wysoce konserwatywna i uparcie trzymała się starych poglądów, oddziedziczonych po wielkich psychjatrach XIX stulecia. Dopiero bliższe zetknięcie się w XX stuleciu z nauką Kraepelina, a w ostatnich latach z Bleulerem, wpłynęło ożywczo na ducha francuskiego i zmusiło go do ocknięcia się z martwoty. Pojawia się cały szereg prac, jak na psychjatrję francuską zupełnie rewolucyjnych. Dotyczy to przedewszystkiem wielkiego zagadnienia „przewlekłych stanów urojeniowych". Francuzi odznaczali się zawsze niesłychaną skłonnością do wyodrębniania coraz to nowych poszczególnych jednostek klinicznych. Tą drogą powstały owe liczne jednostki kliniczne, jak délire chronique Magnan'a i délire systematisé des dégénérés, oraz całe mnóstwo innych jednostek, jak délire d'interpretation, délire d'influence, délire erotomaniaque, délire mystique i t. d. i t. d.

Otóż wszystkie te jednostki Claude włącza do jednej wielkiej grupy *„psychoses paranoiques"*, a obok niej wyodrębnia drugą wielką grupę *„psychoses paranoides"*, którą dzieli z kolei na *dem. paranoides hebephrenica* i *dem. paranoides schizophrenica.*

Jakkolwiek nie można całkowicie zgodzić się z tą klasyfikacją Claude'a, to jednak stanowi ona duży krok naprzód w historji psychjatrji francuskiej.

Współczesna psychjatrja francuska wysoce zainteresowała się zagadnieniem konstytucji. Przejąwszy od Bleulera i Kretschmera koncepcję konstytucji schizoidnej i cykloidnej, wprowadza do nauki inne jeszcze konstytucje, a mianowicie *constitution paranoiaque,* oraz *constitution mythomaniaque.* Nie są to jednak rzeczy nowe, gdyż o obu tych konstytucjach mówi już oddawna psychjatrja niemiecka.

Dla uzupełnienia obrazu zauważyć należy, że badania nad dziedzicznością są we Francji obecnie w zupełnem zaniedbaniu. Prace Rüdin'a i jego szkoły są im zupełnie nieznane.

Badania anatomo-patologiczne w zakresie psychoz nic szczególnego nie dały, a co się tyczy terapji, to dopiero w roku zeszłym zjawiła się pierwsza praca francuska (Claude'a) o leczeniu porażenia postępującego zimnicą.

Pokaz:

R. Markuszewicz: *Analiza urojeń hypochondrycznych w przypadku psychozy przedstarczej.*

Przypadek dotyczy 60-letniego mężczyzny, u którego od 8 miesięcy wystąpiły objawy przedwczesnej starości, silny niepokój w nocy, urojenia hypochondryczne; uczucie palenia i dławienia w gardle i dlatego chory nie może jeść; urojenie krzywdy; córka, która wychodzi za mąż, specjalnie oddała go do szpitala, gdyż chce mu zabrać mieszkanie, — wszyscy go opuścili, chcą się go pozbyć, gdyż jest starym Podczas pobytu w szpitalu występuje urojenie, że jego moszna i jądra coraz bardziej powiększają się, i chory odczuwa palenie w tej okolicy, przyczem ustępują urojenia dotyczące gardła. Analiza psychologiczna wykazuje, że hypochondrycznie są odczuwane te organy, które obsadzone są przez nadmiar narcystycznego libido; chory czuje się młodym, protestuje przeciwko małżeństwu córki, czuje się zagrożonym w posiadaniu swym przez przyszłego zięcia, — i dlatego czuje, że moszna mu się powiększa, t. j. staje się on silnym płciowo. Symboliczne znaczenie gardła zostaje wyjaśnione, gdyż wówczas, gdy występuje urojenie bolów w gardle, ustępuje urojenie, dotyczące palenia w mosznie, — i odwrotnie. Lecz ponieważ ideał jaźni zostaje zachowany u naszego chorego, przeto w tej najwyższej instancji powstaje samoobrona, która powoduje tłumienie i stąd skargi na ten organ, który jest przeładowany narcystycznem libido. Tłumienie to dochodzi do tego stopnia, że następuje u naszego chorego chęć pozbycia się tego organu, który jest hypochondrycznie obserwowany, — czyli że następuje jakoby przesunięcie się organu tego w kierunku objektów świata zewnętrznego; dlatego też czucie staje się wrażeniem, a wówczas urojenie hypochondryczne z łatwością zamienia się na urojenie prześladowcze, co tak wyraźnie widzimy w naszym przypadku.

W dyskusji zabierali głos: Nelken, Higier, Bornsztajn, Bychowski, Wizel i Markuszewicz.

Sekretarz: *M. Brunowa.*

NEKROLOG.

Ś. p. Dr. Władysław Skwara, lekarz 4-go rejonu Warszawskiej Dyrekcji P. K. P. w Skierniewicach, prezes Koła N. IX. Związku Urzędników kolejowych, naczelny lekarz Kasy chorych w Skierniewicach, prezes Obwodu Skierniewickiego Związku lekarzy P. P., b. długoletni prezes Resursy obywatelskiej w Skierniewicach, opiekun przedszkola dla dzieci pracowników kolejowych, zmarł 17 lipca r. b. w wieku lat 54.

Taka wieść żałobna nadeszła z Truskawca, dokąd udał się był ś. p. Dr. Skwara z ciężką swoją chorobą i gdzie dokonał pracowitego żywota swojego. Śmierć miał zmarły cichą i spokojną, choć poprzedzały ją ciężkie ataki serca; śmierć położyła kres cierpieniom; zmarł na posterunku swojego zawodu, na którym pracował uczciwie. Praca jego była wśród codziennego szarego życia, w zakątkach nędzy ludzkiej, dokąd śpieszył każdemu z pomocą; krzepił ciało, często podtrzymywał siły; dawał ludziom więcej niż brał. Był zawsze skromnym, pogodnym, serdecznym człowiekiem, miał wokoło siebie liczne grono serdecznie mu oddanych przyjaciół, szerzył wokoło siebie atmosferę koleżeńskości; zawsze promieniowała z niego dobroć, wyrozumiałość, uczynność, towarzyskość: uosabiał zawód szczytny, szlachetny; gardził stroną materjalną życia; był to typ lekarza przedwojennego; była to jedna z najpiękniejszych postaci starszego pokolenia, jednostka o wielkich zaletach umysłu i serca. Żył cicho, cicho odszedł w tajemną krainę, cicha była uroczystość uczczenia pamięci zmarłego. Nie usłyszy nikt więcej głosu Jego.

W krainie cieniów niech śpi spokojnie.

Skierniewice 12 sierpnia 1926.

Dr. Walery Ossowski.

Odezwa do społeczeństwa Polskiego.

Gdynia, to jedyne naturalne okno Polski na morze, od roku prawie jest miastem.

Pięć lat temu jednak już w miarę wzrostu ludności jak i znaczenia Gdyni jako miasta portowego wyłoniła się potrzeba zbudowania szkoły powszechnej, dotąd ulokowanej w budynku, nieodpowiadającym mnożącej się liczbie dzieci. Władze gminne zwróciły się do Rządu o pomoc w budowie szkoły. Ministerstwo W. R. i O. P. w uznaniu nagłej potrzeby postawienia nowego gmachu szkolnego wyasygnowało większe sumy, które obrócone zostały na zakup materjałów budowlanych. Od pewnego czasu jednak wstrzymano dalsze kredyty. Materjały nieużyte leżą na placu. Cały plan budowy obalony został przez obecny kryzys finansowy. Gdynia jednak nie może pozostać bez nowego gmachu szkoły.

Dlatego też ludność miejscowa chcąc pomóc Rządowi w tak krytycznym czasie w realizacji dotychczas prowadzonych planów, wyłoniła z pośród najprzedniejszych swych obywateli komitet, któremu powierzyła pieczę nad dalszym losem budowy i upoważniła do urządzenia zbiórki publicznej, z której dochód ma stworzyć fundusz wystarczający choćby na postawienie fundamentów, a daj Boże i na wykończenie gmachu.

Kraj cały zastąpiony przez swych obywateli używających rokrocznie gościnności naszego miasta, patrzy na stopniowy rozwój Gdyni jak na dziecko mężniejące z wzrostem liczby wiosen. To też Kraj cały nie odmówi prośbie komitetu o przyśpieszenie fundamentu na budowę szkoły powszechnej w Gdyni przez jedną wielką składkę w całej Polsce.

Pamiętajcie Obywatele, że dzieło Konarskiego, dzieło naszych wielkich twórców szkoły na najwięcej wysuniętym posterunku polskim nad morzem winne znaleźć godny Jego przybytek. Nie poskąpcie grosza na budowę szkoły powszechnej w Gdyni, a staniecie się współtwórcami moralnego odrodzenia Polski, połączonej od 6-ciu lat w jedną nierozerwalną całość. Do prasy wszelkich kierunków i przekonań apelujemy przedewszystkiem, żeby swe możne wpływy zechciała użyć na ten wielki cel, żeby dzięki jej współpracy wnet można rozpocząć budowę. Każdy dany grosz posunie budowę naprzód, każdy grosz jest cząstką nowej cegiełki. Kto zamożniejszy niechaj ofiaruje 10 zł. i więcej, a wpisanym zostanie do księgi pamiątkowej członków twórców tego dzieła, które po wsze wieki świadczyć będzie o wysokim stopniu naszej kultury.

Czekamy odpowiedzi Kraju. Czekamy póty nie zaszeleści polska barwa narodowa na pierwszej wielkiej szkole nad polskiem morzem.

Gdynia, dnia 10. sierpnia 1926 r.

Za Komitet:

(—) *Krause, Kom.* burmistrz. (—) Komandorowa *Unrugowa*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Częstochowa.

Komitet jubileuszowy Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego uprzejmie prosi o łaskawe zawiadomienie przed dniem 25 września r. b. ile osób i kto przybędzie na uroczystość jubileuszową, celem zapewnienia mieszkania. Prosimy o podanie adresu osób, które mają przybyć na uroczystość. Odpowiedzi należy nadsyłać pod adresem Dra L. Wasilewskiego, przewodniczącego Komitetu (ul. P. Marji Nr. 20). Obchód Jubileuszowy odbędzie się w dniu 17 października r. b.

Program obchodu Jubileuszu 25-lecia Tow. Lekarskiego Częstochowskiego w dniu 17 października 1926 r. 1) 9 rano: Uroczyste nabożeństwo na Jasnej Górze, zwiedzenie skarbca i bibljoteki Jasnogórskiej. 2) 11 rano: Uroczyste posiedzenie w sali I-go Gimnazjum państwowego (ul. P. Marji 56). 3) 4 i pół po poł.: Otwarcie wystawy higjenicznej w gmachu Muzeum miejskiego (Park Staszyca). 4) 6 wiecz.: Uroczysta Akademja ku czci Biegańskiego (sala Gimn. państw.). Odczyty: Dra S. Sterlinga (Łódź), Prof. Trzebińskiego (Wilno), i Prof. Michałowicza (Warszawa). 5) 9 wiecz.: Bankiet w sali hotelu Polonja.

Katowice.

W d. 23, 24 i 25 września r. b. odbędzie się Zjazd lekarzy Polaków w Katowicach. Poza szeregiem odczytów projektuje się zwiedzanie szpitali, kopalni, hut, zakładu w Chorzowie i osad robotniczych .W d. 26 września (niedziela) odbędzie się wycieczka do Jastrzębia Zdroju. Ze względu na duże znaczenie polityczne i społeczne Zjazdu, koledzy Ślązacy upraszają o liczne wzięcie w niem udziału. Jednocześnie upraszają oni o wcześniejsze zapowiadanie odczytów oraz zgłaszanie uczestnictwa by można było na czas przygotować odpowiednią liczbę mieszkań. Zgłaszać się należy pod adresem: Dr. Mirecki, Katowice, Lecznica Bracka, ul. Francuska 34.

Lwów.

Zwracamy uwagę na ogłoszenie i wkładkę leków firmy „Schering", Oddział na Polskę w Warszawie, Al. Jerozolimskie 45.

Ze świata.

Uroczystość jubileuszowa Laennec'a. Akademja Paryska postanowiła uczcić bardzo uroczyście przypadającą w roku bieżącym stuletnią rocznicę śmierci Laennec'a i opublikowanie drugiego wydania jego największego dzieła: „Le Traité d'Auscultation". Dla zorganizowania tych uroczystości, jakie się mają odbyć w dniach 13, 14 i 15 grudnia 1926 wybrano osobny Komitet, którego Zarząd składają następujące osobistości: Prof. Chauffard przewodniczący, Profesorowie: Achard, Calmette, Letulle i Roger, zastępcy przewodniczącego, Prof. Roussy, sekretarz generalny, Prof. Laignel-Lavastine, pomocnik sekretarza generalnego i M. T. Masson, skarbnik. Szczegółowy program uroczystości będzie ogłoszony później.

Internationale Radiotherapie. Pod tym tytułem wyszedł tom I-szy dzieła, wydanego przez J. Wetterera, nakładem firmy L. C. Wittich'sche Hofbuchdrukerei in Darmstadt, Rheinstrasse 23. Dzieło to, obejmuje 960 str. zawiera około 2000 omówień oryginalnych artykułów, jakie się okazały we wszystkich prawie krajach z wszystkich dziedzin leczenia aktinicznego.

Międzynarodowe kursy dokształcające dla lekarzy. Instytucja „Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen (Kaiserin Friedrich-Haus) Berlin N. W. 6 Luisenplatz 2-4" urządza wspólnie z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu berlińskiego i Związkiem docentów tego Wydziału w czasie od 4 do 30 października b. r. w Berlinie. Kursy te będą trojakiego rodzaju, a mianowicie:

1) Kurs dokształcający o postępach medycyny w ogólności, ze szczególnem uwzględnieniem najnowszego lecznictwa (od 4 do 16 października b. r.).

2) Kurs dokształcający z dziedziny urologji (od 18 do 30 października b. r.).

3) Kurs dokształcający z dziedziny specjalności we wszystkich gałęziach medycyny, i to częściowo 14-dniowy (od 18 do 30 października b .r.), częściowo czterotygodniowy (od 4 do 30 października b. r.).

Bliższych wyjaśnień udziela instytucja „Das Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin N. W. 6. Luisenplatz 2-4.

Wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego urządza XXII kurs dokształcający dla lekarzy krajowych i zagranicznych we Wiedniu w czasie od 27 września do 9 października 1926 z zakresu aktualnych zagadnień nowoczesnej medycyny ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa (dla lekarzy prowincjonalnych) w połączeniu z tygodniem seminarjalnym od 11 do 18 października 1926. Wszelkich wyjaśnień udziela na życzenie sekretarz kursu Dr. A. Kronfeld, Wiedeń IX, Porzellangasse 22.

Z jugosłowiańskiego czasopisma lekarskiego „Medicinski Pregled" Nr. 4 dowiadujemy się, że 19 września b. r., równocześnie ze Zebraniem Dorocznem lekarskich Towarzystw Jugosłowiańskich, odbędzie się w Belgradzie definitywne, posiedzenie Komitetu „Ogólnosłowiańskiego Związku lekarzy" Czy delegaci polscy, którzy w r. 1925 brali udział w naradach w Dubrowniku wiedzą coś o tem? Jeśli wiedzą, dlaczego zachowują tak ścisłe milczenie wobec ogółu lekarskiego i Towarzystw lekarskich. Czy i kto pojedzie 19 września z Polski? Dlaczego większe centra lekarskie nie zostały wczas uwiadomione? Może znalazłby się niejeden dość godny i chętny do wyjazdu.

Zmarli.

We Lwowe Dr. Stachiewicz Teofil w 65-tym roku życia. Zmarły był długoletnim współpracownikiem słynnego w swoim czasie specjalisty w leczeniu chorób płucnych Dr. Brehmera w Görbersdorfie na Śląsku, a następnie lekarzem zdrojowym w Szczawnicy. Ś. p. Stachiewicz cieszył się wielką popularnością, dzięki której piastował też w swoim czasie godność Prezesa Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego.